

# DE LA FIÈVRE

DITE

# BILIEUSE INFLAMMATOIRE

## A LA GUYANE

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

# DE LA FIÈVRE

DITE

# BILIEUSE INFLAMMATOIRE

# A LA GUYANE

---

APPLICATION DES DÉCOUVERTES DE M. PASTEUR

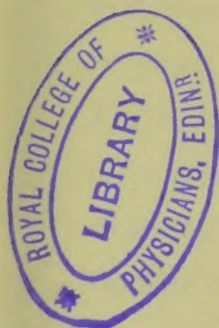
A LA PATHOLOGIE DES PAYS CHAUDS

PAR

**Le Dr P. BUROT**

MÉDECIN DE 1re CLASSE DE LA MARINE,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR




---

Avec tableaux, tracés et planche lithographique.

---

PARIS

OCTAVE DOIN, LIBRAIRE-ÉDITEUR

PLACE DE L'ODÉON, 8.

—

1880

# A M. LE DOCTEUR BÉRENGER FÉRAUD

MÉDECIN EN CHEF DE LA MARINE
MEMBBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
LAURÉAT DE L'INSTITUT DE FRANCE (ACADÉMIE DES SCIENCES)
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

---

*Mon cher Maître,*

*Vous avez fait sortir du chaos la fièvre bilieuse inflammatoire, en l'observant aux Antilles, et vous lui avez assigné la place qu'elle doit occuper désormais dans la nosologie. J'ai voulu vous imiter, en l'étudiant à la Guyane ; je vous offre mon premier essai. Soutenu par vos encouragements, c'est avec confiance que je soumets mon travail à l'appréciation de mes maîtres et de mes collègues.*

P. BUROT.

# INTRODUCTION

L'histoire des maladies des pays chauds est encore assez obscure, pour que celui qui a observé un certain temps sous les tropiques, se trouve dans la nécessité de faire connaître à ceux qui le suivront dans ces pays lointains et meurtriers, le résultat de ses investigations. Et cette obligation est d'autant plus impérieuse, que les moyens nouveaux que la science met aujourd'hui à notre disposition sont plus nombreux et permettent de mieux apprécier les faits. Nos devanciers étaient moins bien partagés, parce que la chimie et le microscope n'avaient pas encore parlé et n'avaient pas rendu un compte exact des phénomènes de la nutrition et de la vie.

Les grandes découvertes en physiologie et en chimie nous donnent dès maintenant une interprétation plus facile des faits jusqu'à présent inexpliqués et nous ouvrent des horizons nouveaux. C'est ainsi que la physiologie nous a fait connaître le siège principal de l'uropoïèse et, avec un procédé chimique aussi simple qu'ingénieux, on peut apprécier chaque jour, d'une manière très approximative, la quantité d'urée éliminée. On lit, pour ainsi dire, ce qui se passe dans le corps, en jetant un coup d'œil sur le tableau qui retrace jour par jour les quantités de ce produit qui représente le dernier terme des combustions. Avec l'appareil non moins ingénieux de M. Malassez on apprécie les désordres qui se produisent sur le liquide sanguin et sur l'élément principal, le globule. M. Quinquaud nous a donné le

moyen de doser l'hémoglobine, et M. Hayem a étudié les éléments générateurs des globules rouges, les hématoblastes. Bientôt on pourra faire l'analyse des principes gazeux dont il serait si important de connaître la nature, dans certaines fièvres graves.

Les belles découvertes de M. Pasteur sur les microbes organisés nous donneront peut-être un jour l'explication des causes des maladies qui désolent l'humanité et nous permettront d'y porter un remède plus efficace.

Les climats ont été aussi l'objet d'études sérieuses et approfondies de la part d'auteurs aussi éminents que distingués.

Ainsi, d'une part, connaissance beaucoup plus complète des phénomènes intimes de nutrition; d'autre part, notions plus étendues sur les causes extérieures, voilà autant de progrès accomplis pour l'étude des maladies. L'interprétation des faits doit marcher de pair avec ces connaissances nouvelles.

Les hasards du service m'ont conduit à la Guyane, au moment où commençait à éclater une épidémie de fièvre jaune. J'ai pu suivre pas à pas cette maladie à l'hôpital de Cayenne, avec d'autant plus de soin et d'attention qu'elle ne ressemblait pas tout à fait à la description des auteurs. Après un séjour de six mois à Cayenne, je fus envoyé comme chef de service, sur le pénitencier du Maroni où régnait une maladie mal caractérisée, et qui depuis de longues années faisait de grands ravages, mais que je n'ai pas eu de peine cependant à rattacher à l'affection qui existait au chef-lieu de la colonie. On verra plus loin quelle idée je me suis faite de cette maladie et comment je suis arrivé à la modifier. Un second séjour de six mois au Maroni m'a permis de comparer et de juger.

En passant à la Martinique, mon excellent maître, M. le médecin en chef Bérenger Féraud, dont l'autorité en pathologie

exotique est incontestable, depuis les magnifiques travaux dont il vient de doter la science, m'a montré avec une affabilité dont je le remercie, des cas de fièvres présentant certains caractères spéciaux et d'une nature particulière. C'est donc à ce maître distingué que j'avais déjà eu le bonheur d'avoir pour chef au Sénégal, que revient l'honneur du travail que j'ose entreprendre, car c'est lui qui m'a donné les premières idées d'une question qui serait peut-être restée obscure pour moi. Qu'il me permette ici de lui témoigner toute ma reconnaissance pour les marques de sympathie dont il m'a si souvent gratifié.

Quel ne fut pas mon étonnement, à peine débarqué à la Guyane, de constater le lendemain de mon arrivée, et précisément sur un de mes amis que j'avais vu bien portant la veille, une maladie toute particulière que je n'avais point encore ou mal observée. Il faut dire qu'un de nos collègues venait de mourir de fièvre jaune et que la personne sur laquelle s'est présenté le cas que je cite à grands traits, fréquentait assidûment l'hôpital. Une fièvre intense, une face vultueuse, les yeux sortant de l'orbite, une peau sèche, une rougeur très prononcée du scrotum, un état d'agitation extrême, étaient les symptômes dominants. La quinine fut administrée à forte dose pendant les trois jours que dura la fièvre et je fus surpris de voir ce médicament impuissant à conjurer la période fébrile, augmenter même les vomissements et déterminer une tendance à l'algidité et à la syncope. La convalescence fut longue et le malade présenta pendant longtemps des abcès et des furoncles.

Dans mon esprit, j'eus de la peine à classer ce fait, car je n'étais pas habitué à voir le paludisme procéder de la sorte. Les gens du pays qui entouraient le malade appelaient ce cas, mauvaise fièvre ou fièvre d'inflammation. En me reportant aux cas que je venais de voir à la Martinique, j'adoptai, à l'instar de

M. le médecin en chef Bérenger Féraud, l'expression de fièvre inflammatoire, peut-être à cause du vague de la signification qui ne préjugeait en rien la nature de la maladie, mais aussi parce qu'elle rappelait les phénomènes congestifs du début qui avaient été très marqués.

Je dois ajouter que le malade une fois guéri n'hésita pas à dire qu'il avait eu la fièvre jaune; et moi-même, quand j'eus une connaissance plus complète de cette maladie, après avoir étudié attentivement les nombreux cas qui existaient à ce moment, à l'hôpital et en ville, je fus enclin à la caractériser de la même manière.

Un autre cas, non moins intéressant, m'a beaucoup frappé et m'a fait longuement réfléchir sur ces maladies dont on ne suspecte pas assez la nature quand on arrive dans les pays tropicaux et surtout dans les pays à fièvre amarile. Il s'agit d'un Européen, chercheur d'or, arrivé depuis quelques mois seulement à la Guyane. Je fus appelé à lui donner des soins. Il était en proie à une agitation extrême avec intolérance de l'estomac. La fièvre était modérée. Insomnie et grande inquiétude. Je lui administrai un purgatif et je filai de la quinine à dose assez forte. Quelques jours après, la peau semblait fraîche au toucher et croyant fermement au paludisme, je pensai que la fièvre ne reviendrait pas avec la quinine.

Cependant les symptômes généraux étaient loin de s'amender; l'agitation continuait, les vomissements devenaient incoercibles, une teinte jaune se manifestait sur les conjonctives; les urines étaient jaunes et albumineuses. La respiration était anxieuse. Malgré tout, je ne trouvai pas de fièvre. Préoccupé de cet état général qui allait en s'aggravant, j'envoyai le malade à l'hôpital, sous la rubrique fièvre rémittente bilieuse grave et le lendemain de son entrée il succombait, en présentant

des vomissements noirs. C'était un vrai cas de fièvre jaune.

Il est, en effet, difficile dans l'état actuel de la science de dire qu'on est en présence d'un cas de fièvre jaune, car ce sont les symptômes ultimes qui en général permettent d'établir sûrement le diagnostic. Aussi pour tous les cas qui guérissent ou qui ne présentent pas une marche régulière, on emploie différentes dénominations qui rappellent tel ou tel symptôme, mais qui font oublier la nature de la maladie.

C'est donc cette maladie qui se présente avec des allures particulières et qui peut aboutir à la fièvre jaune que je vais essayer d'étudier dans ses formes, dans ses causes et dans ses rapports avec d'autres maladies plus ou moins graves.

Ce n'est point une entité morbide nouvelle, c'est au contraire un groupe spécial auquel peuvent se rattacher bien des entités qu'on avait cru différentes.

M. le médecin en chef Bérenger Féraud a eu le mérite de jeter le premier la lumière sur ce groupe de maladies et de montrer d'une manière très claire ses relations de parenté avec la fièvre jaune. Le but que je poursuis est le même. Heureux, si je puis être utile à ceux qui tous les jours vont disputer leur vie et celle de leurs semblables à ces climats d'Amérique, en leur démontrant qu'il faut combattre soigneusement ces maladies premières, bénignes en général, pour éviter les terribles conséquences du typhus amaril.

Avant d'entrer en matière, qu'il me soit permis de donner un mot de remercîment à mes bons camarades, les docteurs Bourat, Hache, Lalande, Flagel et Nodier qui ont servi en même temps que moi au Maroni et dont le concours m'a toujours été précieux.

---

# DE LA FIÈVRE

DITE

# BILIEUSE INFLAMMATOIRE

## A LA GUYANE

## CHAPITRE PREMIER

### Définition. — Synonymie.

Définition. — Quand on observe pendant quelque temps à la Guyane, on est surpris du caractère des fièvres affectant pour la première fois un individu nouvellement arrivé. L'étranger n'a pas besoin, pour être atteint, d'être exposé longtemps aux émanations maremmatiques, ni de vivre dans les marais ; il est pris souvent dès sont arrivée.

On remarque tout d'abord une fièvre continue durant en moyenne trois jours, sans que le traitement et surtout la quinine n'influence sa marche, d'une manière sensible. Elle est précédée souvent d'un état de malaise général assez peu marqué toutefois pour passer souvent inaperçu : C'est un peu de lassitude dans les jambes, une légère douleur de reins, avec suppression ou diminution de la transpiration ; la peau devient sèche et le sujet éprouve une légère douleur au-dessus des orbites. Cet état s'accompagne de constipation, de perte d'appétit et de douleurs stomacales.

Bientôt la fièvre s'allume, souvent par un frisson ; elle atteint rapidement un summum thermique très-élevé où elle se maintient quelque temps. La défervescence se fait lentement.

Pendant toute cette période fébrile, l'agitation du malade est grande, la face est vultueuse, les yeux sont gros et injectés ; les douleurs de reins et de tête augmentent. Il y a souvent des

vomissements, bilieux quelquefois, mais plutôt glaireux et aqueux. Les selles sont peu fréquentes, à moins qu'elles ne soient provoquées par des purgatifs. La langue est blanche et les gencives présentent un léger liséré blanchâtre. La peau du corps est rouge et la partie antérieure du scrotum est souvent plus foncée que d'habitude.

La seconde période est apyrétique et, sans pouvoir préciser sa durée, on peut dire qu'elle est très-longue. Elle maintient le malade pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois sous son influence. Les conjonctives deviennent légèrement jaunes, ainsi que la partie antérieure du tronc. L'appétit ne revient que peu à peu; les jambes sont brisées et incapables d'une longue course.

La convalescence est souvent traversée, mais d'une manière irrégulière, par des accès de fièvre avec ou sans frissons. Ces accès se montrent tantôt toutes les semaines, tantôt tous les quinze jours; quelquefois même tous les mois.

Ils sont souvent occasionnés par un écart de régime ou un refroidissement.

Le malade peut tomber dans l'anémie.

Les rechutes sont fréquentes et se compliquent souvent d'accidents typhoïdes.

Ainsi donc la fièvre bilieuse inflammatoire est une maladie caractérisée par deux périodes : la première, fébrile, durant en moyenne trois jours, continue ou rémittente, accompagnée de symptômes congestifs et gastriques plus ou moins prononcés; la seconde, apyrétique, d'une durée variable, souvent traversée par de simples accès de fièvre ou de véritables rechutes menant parfois à l'anémie ou à des complications typhoïdes.

Synonymie. — Il me suffira de donner les différentes appellations employées à la Guyane et pouvant s'appliquer à la fièvre que je décris. Ces dénominations varient encore suivant les pays et les observateurs.

*Insolation. — Fièvre d'inflammation. — Fièvre éphémère. — Fièvre d'acclimatement. — Fièvre de chaleur. — Fièvre rouge. — Fièvre gastrique. — Embarras gastrique. — Fièvre continue. — Fièvre rémittente simple. — Fièvre bilieuse. — Rémittente bilieuse. — Rémit-*

*tente typhoïde ou bronchique. — Typhoïde bilieuse ou à rechutes. — Fièvre infectieuse à forme typhique. — Fièvre jaune légère.*

Toutes les fièvres, à la Guyane, sont, pour le vulgaire, des insolations ; de là la coutume si générale de se faire tirer le coup de soleil. Je n'ai pas besoin de combattre cette dénomination, car si le soleil est très-souvent la cause déterminante et parfois la seule appréciable des maladies, il est très-rarement la cause première.

Les gens du pays disent encore, fièvre d'inflammation ; et cette dénomination se rapproche de la nôtre. Ils tiennent compte des symptômes d'irritation qui se manifestent du côté du tube digestif. De là, l'habitude prise par les matrones de ne donner ni quinine, ni purgatifs au malade, avant de l'avoir rafraîchi au moins pendant trois jours.

Le nom de fièvre éphémère a été appliqué à la même maladie, nous en avons une preuve dans ce passage du rapport de M. Chapuis, sur les Iles du Salut, pour le 2ᵉ semestre 1858.

« Il est, du reste, à remarquer que, en même temps que la fièvre jaune sévissait sur les hommes arrivés d'Europe depuis peu de temps, un grand nombre des anciens dans la colonie qui déjà avaient eu la maladie à une époque antérieure, présentaient des accès de fièvre éphémère, ayant tous les caractères du début de la fièvre jaune, mais la maladie se bornait chez eux à un accès de 36 à 40 heures, après lequel ils entraient en convalescence, en gardant seulement plus longtemps que la maladie ne pouvait le faire supposer, des courbatures et une lassitude générale. »

On dit « fièvres d'acclimatement » lorsqu'on veut exprimer qu'elles ne frappent que les nouveaux arrivés. Cette dénomination a l'avantage de faire savoir que les hommes qui en sont atteints subissent par elle une sorte d'inoculation qui les rendra moins aptes à ressentir l'influence du climat. Elle a le tort de faire croire que les anciens ou les acclimatés en sont complétement exempts.

L'expression de fièvre de chaleur ne peut pas non plus être adoptée, car c'est souvent dans les mois les plus pluvieux et les moins chauds que ces fièvres existent. M. Kerangal l'a appelée une fièvre rouge, se basant sur des symptômes principaux du début.

La dénomination de fièvre gastrique est très-employée, car,

en effet, elle est basée sur un symptôme très-important, l'état gastrique. Les cas les plus simples sont des embarras gastriques. Pour ne pas s'engager, on dit encore fièvre continue avec céphalalgie.

Les noms de fièvre rémittente simple, rémittente bilieuse sont souvent employés pour désigner la même maladie. Voici du reste l'opinion de M. le médecin en chef Chapuis, exprimée dans son rapport du 3e trimestre 1860, sur l'hôpital de Cayenne.

« Les fièvres rémittentes bilieuses ont été fréquentes et graves. De nouvelles observations et des autopsies faites avec soin ont permis d'affirmer qu'on ne trouve aucune lésion caractéristique de l'appareil biliaire qui justifie le nom de fièvre bilieuse. La lésion principale est évidemment une altération du sang ; la fibrine se trouve sous forme de caillots ambrés dans les cavités du cœur et des gros vaisseaux ; il y a pléthore sanguine aqueuse dans tous les tissus que le sérum colore en jaune ; les ecchymoses, les pétéchies, les congestions hypostatiques se forment avec une grande facilité. On trouve la muqueuse de l'estomac et de l'intestin couverte d'arborisations et leur cavité remplie d'un liquide noirâtre semblable à de la gelée de groseille ; enfin, rien ne justifie le nom de bilieuse donné à cette fièvre, qui se rapproche beaucoup de la fièvre jaune. C'est à cette fièvre que M. Soligniac, chirurgien de 2e classe de la marine, qui fut ramené de la Comté le 29 juillet, dans un état désespéré, succomba 4 jours après. »

En ne tenant compte que du caractère de rémittence de ces fièvres, qui est quelquefois très-marqué, et des localisations morbides qu'elles entraînent, on les a appelées rémittentes typhoïdes ou bronchiques. Nous trouvons ces formes signalées par M. Chapuis, dans le service de la Transportation, en 1861. Notre collègue, M. le Dr Dupont, a fait paraître dernièrement un article, dans les Archives de médecine navale, sur une épidémie de rémittente typhoïde observée au Maroni, en 1875. Je me contenterai de faire remarquer ici que cette fièvre a été observée immédiatement après une épidémie de fièvre jaune. Il ressort, du reste, de cet article, que la maladie semble localisée en certains endroits.

La typhoïde bilieuse et la fièvre à rechutes a été également signalée par mon collègue et ami, le Dr Maurel, et encore dans les mêmes circonstances, quand une épidémie de fièvre jaune était à son déclin.

On l'a encore appelée fièvre infectieuse à forme typhique.

Enfin, on n'hésite pas à donner le nom de fièvre jaune légère à ces fièvres qui règnent en temps d'épidémie. Mais cette appellation effraie, quand l'épidémie n'est pas déclarée.

Aussi, pour le moment, suivant l'exemple de M. le médecin en chef Bérenger Féraud, j'adopterai l'expression de fièvre dite bilieuse inflammatoire, pour trois raisons :

1° Le vulgaire emploie une expression analogue;

2° Elle ne peut effrayer personne, mais elle met en éveil le médecin qui saura à quoi s'en tenir;

3° Elle ne préjuge ni la nature de la maladie, ni les symptômes qui peuvent varier.

---

## CHAPITRE II

### Historique.

Ce chapitre, pour présenter tout l'intérêt qui lui revient, devrait être aussi complet que possible. Il contiendra malheureusement bien des lacunes, car, en ma qualité de médecin voyageur, je n'ai pu faire que quelques très-rares recherches bibliographiques. Je le partagerai en deux sections : A. Faits afférents à la Guyane ; B. Faits afférents aux colonies voisines et aux autres pays tropicaux des deux Amériques. Pour la première, je mettrai à profit les documents que j'ai recueillis à la Guyane ; pour la seconde, je ne ferai, en somme, que donner une courte analyse du livre de M. Bérenger Féraud, auquel je renvoie le lecteur, qui trouvera dans ce travail intéressant, au double titre de la priorité et des faits importants qu'il relate, des indications précieuses, touchant la fièvre dite bilieuse inflammatoire dont nous nous occupons ici.

Quelque incomplet que soit le présent chapitre, il montrera, je crois, assez clairement au lecteur les oscillations de l'influence épidémique qui régit la maladie ; car, tant les faits de la Guyane que les autres, révèlent que tandis qu'elle se voyait dans la colonie, où je l'ai étudiée, elle s'observait ailleurs.

#### A. *Faits afférents à la Guyane.*

La première question qui se pose à l'esprit, quand on entreprend de parler de la maladie qui nous occupe, est de savoir si elle a été observée dans le pays depuis l'arrivée des premiers Européens, ou bien si elle s'est montrée ultérieurement seulement, et alors, à quelle époque elle a fait sa première apparition. Je suis obligé de rester muet à cet égard ; car, si pour tracer le tableau de l'affection j'avais beaucoup de malades à consulter, je ne pouvais feuilleter que quelques rares livres,

j'étais absolument privé des ressources de la bibliothèque la plus élémentaire. Le seul travail ancien un peu étendu que j'aie eu à ma disposition, est le livre de Campet (*Traité pratique des maladies graves*, etc., par Pierre Campet, ancien chirurgien en chef des hôpitaux militaires de Cayenne. Paris, 1802), et il est impossible de démêler, au milieu des descriptions diffuses et des observations incomplètes qu'il renferme, quelque chose de positif pour le cas qui nous occupe. La plupart des études récentes que je connais sur les maladies de la Guyane sont si succinctes, qu'il ne faut pas espérer y trouver des indications bien utiles. Mon bagage scientifique, sur la question, se réduit donc aux rapports des médecins qui ont servi dans la colonie, de 1852 à nos jours. Ces rapports, en revanche, sont précieux à ce point de vue, comme on le verra bientôt, et nous permettent d'avoir une opinion bien arrêtée sur les faits qui se sont écoulés dans ces vingt-sept dernières années.

J'avais d'abord envie de présenter un résumé succinct, une analyse des documents que j'ai consultés dans les Archives de l'hôpital de Cayenne; mais, réflexion faite, j'ai cru qu'il valait mieux citer les principaux passages des rapports des médecins en chef de la colonie, pour leur laisser toute l'autorité qu'ils doivent avoir; émanant d'hommes distingués, rompus depuis longtemps aux études de la pathologie exotique, ils formulent par conséquent une opinion qu'on acceptera plus volontiers, que celle d'un jeune praticien, comme l'expression de la réalité. En outre, ces textes sont un peu autant de pièces justificatives que le lecteur pourra consulter, et qui serviront, dans le cours de l'ouvrage, à appuyer telle ou telle opinion que j'aurai à émettre sur la nature de la maladie.

Cette manière de procéder de ma part, aura l'inconvénient de donner un peu plus de longueur à ce chapitre, qui pourra même paraître diffus, mais en présence de l'importance considérable des documents, on me pardonnera de m'être laissé entraîner à faire un livre plus volumineux que ce que j'aurais voulu de prime abord.

On sera peut-être surpris de voir que le nom de fièvre bilieuse inflammatoire était rarement employé par les premiers observateurs, mais on reconnaîtra sans peine qu'ils n'avaient pas affaire à une autre maladie. Les noms peuvent changer, suivant les

observateurs et suivant les époques, et si nous établissons que ces différentes dénominations se rapportent à des atteintes identiques dans leurs causes et dans leurs effets, nous aurons bien le droit d'adopter une expression générique, quelle qu'elle soit; expression qui aura peut-être l'inconvénient de nous faire oublier la forme, d'ailleurs variable, mais qui aura, en revanche, l'avantage de nous rappeler la nature et la cause de la maladie.

## PÉRIODE DE 1852 A 1856.

La transportation à la Guyane fut décrétée le 27 mars 1852, et les premiers convois furent envoyés la même année. Malheureusement ils avaient été précédés par la fièvre jaune, apportée à Cayenne, en 1850, sur un aviso de l'État, le *Tartare*, venant du Para.

Il y avait près d'un demi-siècle que la Guyane n'avait pas été visitée par la fièvre jaune. Aussi l'épidémie de 1850 fut terrible, elle frappa les gens du pays. Elle cessa cependant comme épidémie, et en 1851 elle ne fut point signalée ; mais quand on connaît les conditions climatériques qui règnent à la Guyane, où une chaleur humide est à peu près constante, il est permis de supposer que les germes n'étaient pas entièrement détruits et qu'ils étaient seulement affaiblis. Ils continuaient leur action en déterminant des fièvres plus ou moins graves et mal caractérisées, et reprenaient de la force, quand arrivaient de nouveaux aliments.

C'est dans ces conditions que furent créés les premiers pénitenciers. Aussi, dans chacun d'eux, aux Iles-du-Salut, à l'Ilet-la-Mère, à l'Oyapock, à la Montagne-d'Argent, à la Comté, on signala des fièvres graves, et enfin la fièvre jaune.

On était en droit de penser que les Iles-du-Salut, où débarquaient les convois, pourraient donner aux nouveaux venus un asile hospitalier. Ces îles, au nombre de trois, sont des rochers d'origine volcanique, assez élevés au-dessus du niveau de la mer, très-peu étendus en superficie. Leur distance de Cayenne est de 10 lieues environ, et de Kourou, qui est le point du continent le plus rapproché, elle est de 3 ou 4 lieues. La brise de mer les enveloppe et les rafraîchit. On ne peut pas invoquer de

marais sur les îles. Et cependant, à peine arrivés, les transportés succombaient à des fièvres graves ou à la dysentérie.

En 1853, aux Iles-du-Salut, sur un effectif moyen de 1,255 hommes, dont 260 déportés politiques, il y eut 1,858 admissions à l'hôpital et 262 morts.

La garnison, forte de 425 hommes, en perdit 3 de fièvres dites pernicieuses.

Le nom de bilieuse inflammatoire ou de rémittente bilieuse, n'est point prononcé à cette époque, mais nous allons voir l'opinion du médecin en chef, sur les fièvres qui régnaient à ce moment.

« Il semble que certains hommes supportent le climat, que d'autres contractent plus facilement la maladie et guérissent avec peine, enfin que le soleil exerce pour tous une influence fâcheuse. Le traitement des fièvres présente cela de particulier chez les transportés que l'état gastrique compliquant la pyrexie, les vomitifs emportent souvent le mal beaucoup plus vite et plus heureusement que la quinine. Déjà nous avions fait cette remarque au bagne de Toulon où nous avions bien souvent débuté par l'émétique, avec succès. »

L'Ilet-la-Mère fut aussi un des premiers pénitenciers créés. C'est une île également balayée par la brise de mer, mais beaucoup plus rapprochée de Cayenne que les Iles-du-Salut.

Dans le troisième trimestre de l'année 1853, 484 transportés fournirent 482 admissions à l'hôpital et 362 à l'infirmerie, et 27 décès.

La dysentérie se compliqua de phénomènes typhoïdes qui hâtaient la terminaison.

Il y eut, en octobre, 10 décès à la suite de fièvre avec stupeur, gargouillement et taches lenticulaires. Les deux affections étant unies, sans présenter la marche ordinaire des fièvres paludéennes, furent désignées sous le nom de dysentérie-typhoïde.

Saint-Georges de l'Oyapock fut fondé en 1853, à 12 lieues de la mer, dans l'intérieur des terres. A Saint-Georges, on ne sent pas la brise de mer. Le matin, un brouillard, qui ne se dissipe que vers 9 heures, enveloppe toute la contrée à laquelle appartient l'Établissement. Des fièvres graves sévirent sur ce pénitencier, la mortalité fut effrayante. Peu de renseignements sur la nature des fièvres. Nous trouvons dans les statistiques, en

1855, un décès par fièvre jaune et encore est-ce sur un noir; ce qui prouve qu'il devait en exister d'autres cas, ou au moins qu'il y avait des fièvres de la même nature.

La Montagne-d'Argent, située à 24 kilomètres de l'Oyapock, au delà de son embouchure, est une colline élevée de 96 mètres au-dessus du niveau de la mer. C'est une projection volcanique, ayant pour base une diorite recouverte d'une couche de terre meuble perméable, déposée suivant une pente abrupte et ne conservant sur aucun point de son étendue les eaux pluviales. Depuis longtemps, elle est livrée à la culture ; il ne sort de son sein aucune émanation sensible.

Ce pénitencier a été fondé en 1852, dès le début de la transportation. En 1853, on constata une mortalité de 33,3 p. cent. En 1854, 20,8 p. cent. En 1855, 20,3 p. cent. En 1856, sur 308 transportés, 195 succombent, et 136 décès sont dus à la fièvre jaune. Pas de renseignements sur les fièvres qui précèdent ou accompagnent la fièvre jaune. Je dois dire seulement qu'à cette époque on ne faisait jouer à l'épidémie qu'un rôle secondaire dans les pertes.

Les pénitenciers de la Comté furent fondés au mois d'avril 1854. A Sainte-Marie, en 1855, 439 transportés fournissent 100 décès, dont 26 dus à la fièvre jaune. En 1856, l'effectif s'y compose de 634 hommes, sur lesquels 148 ont succombé, dont 32 de la fièvre jaune.

A Saint-Augustin, en 1855, du 5 août au 15 septembre, il y a eu 11 décès, dont 1 par fièvre jaune. En 1856, sur un effectif de 317 hommes, on constate 105 décès par fièvre jaune et 35 par maladies diverses.

Voilà un aperçu général de l'état sanitaire des premiers pénitenciers et de la nature des fièvres qui ont occasionné la plus grande mortalité.

Nous allons voir maintenant ce qui s'est passé, depuis 1856, au point de vue auquel nous nous sommes placé, à Cayenne, aux Iles-du-Salut et au Maroni.

### ANNÉE 1856.

En 1856, la fièvre jaune régnait à Cayenne, elle y était à l'état d'épidémie depuis le 18 mai de l'année d'avant (Rapport de

M. Chapuis, médecin en chef de la colonie), et si dans cette année, comme pendant la précédente, la plupart des individus atteints présentèrent ces graves syndrômes qui constituent le typhus amaril, dans maintes circonstances on vit la maladie se dérouler avec une bénignité telle, qu'on ne saurait dire si on avait affaire au degré léger de la fièvre jaune ou simplement à la fièvre bilieuse inflammatoire, si on voulait faire une distinction entre ces deux états morbides, chose qui me semblerait impossible autant que contraire à une saine appréciation de la situation.

1857.

L'épidémie de fièvre jaune cessa dès le commencement de l'année, mais la constitution médicale resta telle, que le typhus amaril semblait être imminent; l'extrait du rapport du médecin en chef que je fournis ci-après nous en donne la preuve. M. Chapuis se demandait si l'épidémie ne se déclarait pas faute d'aliment; mais on pensera comme moi, j'espère, que la bénignité relative des atteintes qui donnait le cachet de la fièvre inflammatoire, et non de la fièvre jaune grave, était due surtout à une amélioration de cette constitution médicale, car si les soldats qui avaient traversé l'épidémie de 1856, étaient un terrain peu propice, ceux qui étaient arrivés dans la colonie depuis, et dont il parle, auraient été bien capables de fournir à l'épidémie l'élément nécessaire à son développement.

*Cayenne.* — « La fièvre jaune a disparu comme maladie épidémique; ce fait a été constaté depuis le commencement de l'année. L'épidémie s'était éteinte vers la fin de 1856. Cependant dans le 1er semestre de 1857, on observe encore quelques cas sporadiques, principalement à bord de l'aviso à vapeur le *Vautour* où ils présentent un caractère assez sérieux. Pendant le 2e semestre, sans prendre le développement d'une épidémie, les cas de fièvre jaune ont été plus nombreux et quelquefois fort graves et comme la maladie frappait de préférence les hommes nouvellement arrivés, on pouvait se demander si ce n'était pas l'aliment seul qui manquait pour que la fièvre jaune prît les proportions d'une épidémie. En effet, le plus grand nombre des militaires ayant déjà traversé la dernière épidémie ne pouvaient fournir de nouveaux cas.

« Aussi nous n'en avons guère observé que sur les soldats nouvellement arrivés et surtout sur les sapeurs du génie, les artilleurs et les gendarmes

que leur constitution robuste, la nature de leurs occupations et les excès auxquels ils peuvent se livrer plus facilement que les autres corps prédisposent évidemment à contracter la maladie.

« Ces remarques peuvent s'appliquer aux pénitenciers. Les rapports qui me sont envoyés signalent presque tous quelques cas isolés de fièvres présentant tous les symptômes de la fièvre jaune, seulement avec moins de gravité. Et ce qui prouve que ces fièvres n'atteignent que les nouveaux débarqués, c'est que le plus souvent elles ne sont désignées que sous le nom de fièvres d'accli matement. Il est bien certain cependant que la maladie, même dans les cas les plus graves, avait perdu de son intensité et devenait plus accessible aux moyens de traitement ou aux efforts curateurs de la nature, et si quelques malades qui ont guéri ont présenté tous les symptômes graves qui en temps d'épidémie entraînent fatalement la mort, la marche de la maladie a été plus lente; les malades n'ont pas été foudroyés, sans laisser ni à l'art, ni à la nature le temps d'agir.

« Ainsi le fait dominant à signaler pour cette année est la disparition de la fièvre jaune à l'état épidémique, mais sa continuation sous forme sporadique, attaquant de préférence les nouveaux arrivés. Cette constitution médicale a régné non-seulement à Cayenne, mais dans tous les pénitenciers et nous la retrouvons dans tous les rapports sous le nom de fièvre bilieuse, fièvre continue avec céphalalgie, embarras gastrique, fièvre d'acclimatement, selon le degré de gravité ou la prédominance d'un des symptômes, mais l'ensemble de la physionomie est toujours le même. » (Extrait du rapport de M. Chapuis, médecin en chef de la colonie.)

« *Iles-du-Salut*. — « Les nouveaux arrivés par l'*Adour* ont été pris de dysentérie aiguë.

« A Cayenne, on observait des cas graves et dans les pénitenciers on signalait la présence de fièvres présentant tous les caractères de la fièvre jaune, mais dont la bénignité était telle qu'on les appelait fièvres d'acclimatement. C'est à ce moment que sont arrivés des militaires par la *Marne* et des transportés par l'*Africaine* et l'*Adour*.

« Les symptômes ont été ceux de la fièvre jaune légère et s'arrêtant à la 1re ou tout au plus à la 2e période ; cependant quelques cas plus graves se manifestaient de temps en temps, ainsi dans le 3e trimestre, trois malades du personnel libre ont présenté des vomissements noirs et un des trois succomba après sept jours de maladie. Au mois d'ctobre, on signale sept cas de fièvre désignée cette fois sans hésitation sous le nom de fièvre jaune, quatre dans le personnel libre et trois dans la transportation ; il n'y avait pourtant aucun décès, mais le 27 novembre un soldat d'infanterie de marine, ayant neuf mois de colonie entre à l'hôpital avec tous les symptômes de la fièvre jaune et meurt après quelques alternatives de mieux en présentant à l'autopsie les lésions caractéristiques.

« Le 10 décembre un nouveau cas se présente sur un gendarme qui meurt au quatrième jour.

« Le 24, un soldat, malade depuis cinq jours seulement, succombe après avoir eu des vomissements noirs et des hémorrhagies.

« Jusque-là, la maladie n'avait frappé que des hommes du personnel libre, mais à partir du 21, les transportés des derniers convois sont atteints. Cependant sur six qui sont admis à l'hôpital jusqu'au 1er Janvier, aucun n'est mort, mais la maladie continue. » (Extrait du rapport de M. Chapuis.)

Il n'est pas inutile de voir ce que pensait M. Chapuis des fièvres qui régnaient pendant ce trimestre, en même temps que la fièvre jaune.

« L'irrégularité paraît être le caractère dominant des fièvres intermittentes à la Guyane.

Le plus ordinairement on observe un ou plusieurs accès de fièvre et puis il s'écoule un espace de temps plus ou moins long après lequel de nouveaux accès se présentent avec un type bien différent de celui qu'ils avaient à la première invasion.

« Nous avons fait souvent cette expérience : Un malade était amené avec la fièvre; lorsque l'accès nous paraissait simple, sans complications graves, nous nous contentions de donner une infusion chaude et nous attendions pour voir à quel type nous avions affaire et très-souvent l'accès ne se reproduisait pas; nous aurions pu dire que nous l'avions coupé, si sans attendre, nous avions administré la quinine.

« En présence de ces fièvres échappant à toutes les règles, le sulfate de quinine doit devenir souvent inutile, faute de savoir à quel moment l'administrer, mais de plus, j'ai acquis la conviction qu'il devient souvent nuisible. C'est certainement faute d'avoir bien compris la nature complexe des fièvres intermittentes qu'on échoue dans leur traitement. On ne s'adresse en général qu'à l'intermittence, tandis qu'il y a le plus souvent quelque chose qui tient évidemment au climat et qui peut exister avec ou sans l'accès intermittent et qui, le plus ordinairement, se traduit par des troubles des organes digestifs. »

Cette déclaration, émanant d'un homme rompu depuis longues années aux maladies des pays chauds, apporte, il me semble, un appoint considérable en faveur de ma manière de voir, car, bien que M. Chapuis n'ait pas fait ressortir les liens étroits de parenté entre la fièvre inflammatoire et la fièvre jaune, ce qu'il dit touchant l'inefficacité de la quinine, nous éloigne de l'idée du paludisme, et par conséquent nous entraîne vers l'idée de l'influence amarile.

ANNÉE 1858.

Les rapports de cette année pour les divers points de la colonie nous montrent que la même influence amarile persistait, en effet, à Cayenne. M. Chapuis constatait la fréquence et la gravité de la fièvre inflammatoire pendant le premier semestre, et observait même deux cas bien caractérisés de fièvre jaune pendant le second, tandis qu'aux Iles-du-Salut on était sous le coup d'une véritable épidémie de typhus amaril.

Les extraits que je fournis ci-après, à titre de pièces justificatives, montreront, d'une manière surabondante, l'exactitude de mon assertion.

1er *semestre.—Cayenne.*—Dans mon rapport pour le dernier semestre 1857, je concluais déjà à la disparition de l'épidémie de fièvre jaune, bien que le nombre des cas fût encore considérable et que le chiffre des décès fût presque de 1 sur 4 ; c'est que, en effet, une épidémie consiste non-seulement dans le nombre des malades et des décès, mais encore dans la marche et l'intensité de la maladie et lorsqu'après avoir atteint son summum d'intensité, elle commence à décroître, que la marche est plus lente, que les malades ne sont pas enlevés aussi rapidement, que les moyens de traitement paraissent donner quelques résultats heureux, alors on est porté à dire que l'épidémie décroît. Enfin au déclin, comme au début de la maladie, on hésite à donner encore le nom de fièvre jaune à ces cas qui, tout en retraçant une image presque complète de la maladie, la représentent tellement affaiblie, qu'aucun médecin ne se décide à lui donner son véritable nom, surtout quand ce nom doit répandre la terreur dans toute une population. De là naissent ces expressions plus ou moins variées de fièvres inflammatoires, quand on considère surtout les symptômes du début ; de fièvres d'acclimatement, lorsqu'on veut exprimer qu'elles ne frappent que les nouveaux arrivés.

2e *semestre.* — L'état sanitaire de ce semestre est moins satisfaisant que celui du semestre précédent. Pendant ce semestre, il n'y a eu que 2 cas bien caractérisés de fièvre jaune, qui cependant n'ont pas été suivis de mort. Il est juste d'ajouter toutefois, dit M. Chapuis, que nous avons observé en outre 19 cas de fièvre rémittente bilieuse qui se rapproche beaucoup de la fièvre jaune, dont elle ne diffère que par une moindre gravité et pourtant elle a occasionné un décès, tandis que deux cas de fièvre jaune ont guéri.

*Iles-du-Salut.* — 1er *semestre.* — L'état sanitaire n'est pas satisfaisant. Il y a eu 78 décès, dont le tiers doit être attribué à la fièvre jaune et l'autre

tiers à la dysentérie pour les transportés, car pour le personnel libre, sur 6 décès, 4 sont dus à la fièvre jaune.

Ces deux affections, la fièvre jaune et la dysentérie ont présenté ce fait assez remarquable de régner en même temps et de frapper simultanément les mêmes individus. En janvier et février surtout, tous les symptômes d'une dysentérie aiguë se manifestèrent d'abord (ténesme, selles fréquentes et sanguinolentes, pouls fort et fréquent, douleurs abdominales), puis peu de jours après, les selles se supprimaient, des douleurs lombaires et articulaires se déclaraient, la fièvre jaune prenait de l'intensité et le malade succombait à la fièvre jaune. A l'autopsie, on trouvait les altération propres à la fièvres jaune réunies à celles d'une dysentérie grave, matière brune dans l'actomac, ictère des sclérotiques et de la peau, couleur jaune paille du foie, larges ulcérations du côlon atteignant souvent la tunique musculaire. A partir de la fin de février, les deux maladies se sont montrées plus distinctes et on attaqué séparément les malades. La dysentérie est allée en s'affaiblissant.

2° *semestre*. — Aucune amélioration satisfaisante dans l'état sanitaire.

La fièvre jaune a continué à sévir. Les cas se sont multipliés et ont acquis de la gravité, depuis le mois de juillet jusqu'aux premiers jours de septembre. Pendant ce dernier mois, la maladie a semblé perdre de son intensité et de sa gravité. La maladie frappait de préférence les personnes récemment arrivées dans la colonie. Cependant dans le courant du mois d'août, alors que la maladie avait acquis sa plus grande puissance, quelques hommes déjà anciens, mais qui n'avaient pas encore été atteints, ont payé leur tribut. Il est du reste à remarquer que, en même temps que la fièvre jaune sévissait sur les hommes arrivés d'Europe depuis peu de temps, un grand nombre des anciens dans la colonie qui déjà avaient eu la maladie à une époque antérieure, présentaient des accès de fièvre éphémère, ayant tous les caractères du début de la fièvre jaune, mais la maladie se bornait chez eux à un accès de 36 à 40 heures, après lequel ils entraient en convalescence, en gardant seulement plus longtemps que la durée de la maladie ne pouvait le faire supposer, des courbatures et une lassitude générale.

Il était donc évident que, bien que les cas de fièvre jaune fussent devenus plus rares dans le courant de septembre, de manière à cesser même complétement à la fin du mois et dans les premiers jours d'octobre, la maladie n'était cependant pas éteinte et qu'il ne fallait pour la rallumer que de nouveaux aliments. Il fut dès lors décidé que les nouveaux convois de transportés qu'on attendait ne seraient pas débarqués comme à l'ordinaire aux Iles-du-Salut, mais seraient répartis sur les différents pénitenciers, aussitôt après leur arrivée sur cette rade.

La suite prouva toute la prudence de cette mesure. En effet, le 16 octobre, 36 transportés arrivés par la *Seine* furent déposés à l'Ile-Saint-Joseph;

depuis ce moment, ils ont déjà fourni 35 entrées à l'hôpital, dont 12 pour fièvre jaune qui ont donné 7 décès. Il en reste encore un en traitement à l'hôpital.

Le 12 décembre, l'*Adour* débarqua 36 autres transportés à l'Ile-Saint-Joseph, ils ont fourni déjà 12 entrées à l'hôpital, dont 9 pour fièvre jaune; un est mort, les autres sont à l'hôpital.

Si nous ajoutons maintenant que les autres transportés arrivés par les mêmes bâtiments, mais déposés sur d'autres pénitenciers n'ont offert aucun cas de fièvre jaune, il faudra bien admettre qu'il existait aux Iles une cause inconnue, sous l'influence de laquelle la maladie se développait chaque fois qu'elle trouvait un nouvel aliment; qu'à chacune de ces époques, la maladie frappait non-seulement les nouveaux arrivés, mais encore accidentellement quelques hommes habitant la colonie depuis plus ou moins longtemps, mais se trouvant au milieu du foyer épidémique; qu'en outre, toutes les fièvres observées à la même époque empruntaient quelque caractère à la fièvre jaune.

Aucun fait ne démontre que la fièvre jaune n'ait été transportée des Iles-du-Salut, sur un autre point où elle se soit propagée, malgré les communications fréquentes entre les différents pénitenciers. Plusieurs personnes envoyées de Cayenne aux Iles-du-Salut sont tombées malades peu de temps après leur arrivée. C'est le cas de plusieurs officiers de santé qui tous ont été atteints et dont un a succombé.

Nous n'avons eu au contraire qu'un seul exemple de mortalité à Cayenne, la maladie ayant été contractée aux Iles-du-Salut. C'est celui d'un père Jésuite qui arrivé par l'*Adour* ne vint à Cayenne que cinq jours après son arrivée; le lendemain, il tombait malade et mourait le cinquième jour.

On voit donc qu'il y a eu réellement deux apparitions de fièvre jaune coïncidant toutes deux avec l'arrivée d'un convoi de transportés venant de France et sévissant sur le petit nombre des nouveaux arrivés qu'on était obligé de laisser aux Iles-du-Salut. Il est bien certain que la maladie aurait pris toutes les proportions d'une épidémie, si on avait déposé aux Iles-du-Salut, tous les hommes amenés par la *Seine* et l'*Adour*.

Aujourd'hui la maladie paraît moins grave; les cas sont moins nombreux et surtout ne présentent plus cette marche rapide et cette terminaison funeste; il y a donc lieu de croire que la maladie s'éteindra peu à peu, si de nouveaux aliments ne viennent pas la renouveler et l'entretenir.

En résumé, nous avons eu à l'hôpital, pendant le semestre, tant sur le personnel libre que sur les transportés, 101 cas de fièvre jaune, sur lesquels il y eu 30 décès. Il faut ajouter 2 cas traités en dehors de l'hôpital, sur lesquel il y a eu 2 décès. Nous trouvons ainsi une proportion de décès aux malades de 30 p. %.

On cherche en vain quelle peut être la cause de la fièvre jaune sur un

point de la Guyane qui a toujours été regardé comme un des plus salubres. Les conditions atmosphériques n'ont rien présenté de particulier et n'ont pas dû différer sensiblement de celles des autres Iles, ni même du continent. Les expériences ozonométriques ont donné des résultats en rapport avec l'intensité de la maladie. Ainsi, en Novembre, le papier ozonométrique se colorait à peine, tandis qu'en Décembre il prenait fréquemment la teinte lie de vin, alors que les cas de fièvre jaune devenaient moins graves, mais ces expériences d'accord avec la marche de la maladie ne nous apprennent rien sur la cause de la fièvre jaune. Nous la cherchons aussi vainement dans l'alimentation, le travail ou l'encombrement. L'exposition du camp à Saint-Joseph ne résout pas mieux la question, puisque la fièvre jaune a régné d'abord à l'Ile Royale et qu'elle n'a paru à Saint-Joseph que lorsqu'on y a mis de nouveaux débarqués.

Il faut donc bien reconnaître qu'ici comme partout où elle se montre, la fièvre jaune se développe sous l'influence d'une cause inconnue, qui agit surtout sur des individus nouvellement arrivés, qui sont pour ainsi dire nécessaires à son développement, de telle sorte qu'en l'absence de cet aliment, elle peut rester latente pendant un temps indéterminé, mais une fois que les conditions nécessaires à sa production l'ont engendrée, elle constitue un foyer plus dangereux et où ne séjournent pas impunément les individus même anciens dans le pays et souvent les créoles.

Les transportés arrivés par la *Seine* et l'*Adour* et destinés aux Iles-du-Salut, ne pouvant y être placés à cause de la fièvre jaune, il fallut les répartir sur d'autres pénitenciers et, pour leur faire place, on fit passer de chacun de ces établissements aux Iles-du-Salut, un certain nombre de transportés déjà acclimatés. Il n'est donc pas sans intérêt d'examiner quel a été l'état sanitaire de ces individus ainsi transplantés avec leurs aptitudes déjà acquises dans un lieu funeste à ceux qui arrivaient d'Europe. Sur 248 hommes provenant de l'Ile-la-Mère et de la Montagne d'Argent, aucun ne fut atteint par la fièvre jaune et l'on n'observa chez eux que des fièvres intermittentes, la cachexie paludéenne, des diarrhées et des plaies; toutes affections qu'ils avaient apportées avec eux.

Après la fièvre jaune, les maladies qui se sont montrées le plus fréquemment étaient la fièvre intermittente et la dysenterie.

*Maroni.*— La colonie agricole pénitentiaire fondée au mois d'août 1857, donnait au début de belles espérances pour la colonisation par la transportation. L'état sanitaire semblait assez bon et la mortalité était inférieure à à celle de tous les autres pénitenciers, même des Iles. On a considéré pendant quelque temps ce pénitencier comme un lieu de convalescence.

L'effectif se trouvait composé, au 1er janvier 1858, de 145 transportés et de 28 personnes libres.

Les transportés ont été pris sur différents pénitenciers; ils sont donc ar-

rivés au Maroni avec des dispositions déjà acquises pour certaines affections; de plus, ils se sont trouvés exposés à des influences toutes particulières et inhérentes à de nouvelles installations; logés dans des carbets mal fermés et mal couverts, ils ont dû ressentir plus vivement l'humidité et les effets de l'absoption miasmatique.

Cependant, malgré ces conditions défavorables, l'état sanitaire s'est présenté sous un aspect assez satisfaisant; les fébricitants de la Comté ont même paru éprouver une influence favorable de ce changement de localité.

La proportion des décès n'a été dans ce semestre que de 2,5 p. cent. Dans le 2e semestre de la même année la proportion des décès a été de 4,2 p. cent.

## 1859.

L'année 1859 s'écoula sans qu'on eût à soigner la fièvre jaune à la Guyane, mais cependant l'influence amarile y existait toujours, car on signale à Cayenne des cas de fièvre rémittente bilieuse qui doivent être rapportés, à mon avis, plutôt à la fièvre inflammatoire d'essence ictérode, qu'à l'empoisonnement malarien. Les fièvres, ou états typhoïdes, les ictères graves, signalés en même temps, ne me paraissent pas devoir être rattachés à une autre influence, et d'ailleurs le mieux, il me semble, est de rapporter *in extenso* une de ces observations de maladie.

### *Observation tirée du rapport de M. Chapuis, pour le 3e trimestre 1859.*

Un marin, âgé de 24 ans, habitant la colonie depuis 14 mois, a été traité plusieurs fois à l'hôpital pour des fièvres intermittentes de différents types. Le 11 juillet, il rentre à l'hôpital se disant malade depuis deux jours, mais il ne donne que des renseignements vagues sur la cause et le début de la maladie. Ce qui frappe au premier aspect, c'est l'état de stupeur et d'hébétude que présente le malade. Le pouls est faible mais peu fréquent; il n'y a pas eu de fièvre. Une teinte ictérique assez prononcée se remarque sur tout le corps et principalement aux sclérotiques, le ventre est souple, le volume du foie n'est pas augmenté; la région hépatique est cependant sensible à la pression, surtout près du bord antérieur du foie, légère constipation, céphalalgie assez vive.

Les jours suivants, les syptômes se prononcent de plus en plus, la coloration jaune devient orangée, l'état de stupeur augmente; il faut fixer fortement l'attention du malade pour obtenir une réponse qui est cependant

toujours juste, mais brève, et le malade retombe aussitôt dans le même état; pas de sommeil, le pouls ne dépasse pas 84. La céphalalgie persiste. Les urines sont totalement supprimées; on aperçoit sur la poitrine et le front quelques gouttelettes de sang que le malade fait sortir en se grattant; la langue est sèche et rôtie, noirâtre; quelques vomissements de liquide filant, incolore, sentiment de brisement général.

Mort le 18, 7 jours après son entrée.

A l'autopsie, on constate :

*Habitus extérieur.* — Système musculaire développé; teinte jaune safranée de toute l'enveloppe cutanée; tâches noirâtres à la partie postérieure du tronc; couche épaisse de graisse sous la peau.

*Poitrine.* — Poumons sains, teinte jaune du péricarde qui contient un liquide jaunâtre assez épais.

*Abdomen.* — Teinte jaune du péritoine et de tous les organes; sérosité jaune-rougeâtre abondante; foie à peu près normal, gorgé de sang, sans changement de couleur, ni altération du tissu. Vésicule biliaire mesurant 10 centimètres de longueur énormément distendue par du sang noir caillebotté ressemblant à de la gelée de groseille, injection prononcée de la muqueuse. Les reins sont ramollis et très-engorgés. L'intestin contient quelques matières grisâtres; la muqueuse intestinale paraît un peu ramollie.

Je suis très-embarrassé, je l'avoue, pour donner un diagnostic à cet état et M. Chapuis l'a dit avant moi. Bien qu'on n'ait pas parlé de l'état de la rate, nous pouvons, je crois, penser qu'elle ne présentait pas d'altération bien marquée, de sorte qu'on s'éloigne de l'idée du paludisme, sans pouvoir donner un nom bien positif à ces cas insidieux qu'on rencontre trop souvent dans la pratique coloniale.

## 1860.

On ne parlait plus de la fièvre jaune à la Guyane, mais la fièvre inflammatoire y était fréquemment observée, et se présentait avec une grande gravité quelquefois. Peut-on refuser ce nom à la maladie désignée sous le nom de fièvre rémittente bilieuse? Je ne le crois pas, et la preuve que j'en puis donner est contenue implicitement dans l'extrait que je fournis ci-après, du rapport du médecin en chef de la colonie. Aux Iles-du-Salut et au Maroni la même influence était observée.

*Cayenne.* — 1er *trimestre.* — Les fièvres rémittentes bilieuses ont été

graves et ont occasionné 7 décès. Leur étiologie est inconnue. C'est surtout à la fin de février et au commencement de mars que ces fièvres ont été fréquentes. Ces fièvres s'accompagnent le plus souvent d'une teinte ictérique prononcée avec coloration noire des urines, ecchymoses palpébrales et sous-cutanées; dans un cas, on a vu des parotidites énormes avec suppuration développées en 48 heures. Dans un autre cas, il y a eu des hémorrhagies par la bouche et l'anus.

2e *trimestre.* — Amélioration notable de l'état sanitaire; les fièvres rémittentes bilieuses ont continué à être fréquentes, mais elles n'ont donné lieu qu'à un décès, il reste encore quelques cas fort graves.

En général, la marche de la maladie est lente, et lorsque le malade guérit, la convalescence est longue, les forces ne reviennent que très-difficilement. La coloration jaune est toujours très-prononcée, mais elle n'a pas cette teinte rougeâtre de la fièvre jaune; les urines sont rares et très-foncées, souvent de sang pur; des gouttelettes de sang suintent à travers la peau, sous la plus légère action des ongles des malades. Le pouls est fréquent, mais mou et dépressible; il se forme fréquemment des furoncles, des abcès ou des parotidites; le malade qui est mort pendant ce trimestre a eu deux parotidites qui ne formaient au moment de la mort que deux vastes foyers remplis d'un pus sanguinolent et infect.

3e *trimestre.* — Les fièvres rémittentes bilieuses ont été fréquentes et graves.

C'est ici que M. Chapuis dit que rien ne justifie le nom de bilieuse donné à cette fièvre.

4e *trimestre.* — Il y a eu 3 cas de fièvre rémittente bilieuse; un seul a entraîné la mort chez un soldat qui comptait déjà 5 ans de colonie. A son entrée à l'hôpital, il avait déjà depuis plusieurs jours une fièvre continue, aussi la teinte ictérique s'est montrée deux jours après son entrée et les hémorrhagies n'ont pas tardé à paraître, le malade a succombé le 9e jour.

L'autopsie a montré, comme dans tous les cas analogues, une légère décoloration du foie, des caillots ambrés dans les cavités du cœur, et des gros vaisseaux avec injection marquée de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin qui contiennent tous les deux une matière noirâtre analogue à la gelée de groseille; on trouve là certainement plutôt des signes d'altération du sang, que d'une affection de l'appareil biliaire.

## 1861.

Toujours la même absence de fièvre jaune et les mêmes atteintes de fièvre inflammatoire plus ou moins grave appelée rémittente bilieuse, mais ne pouvant pas plus que précédemment être rattachée à l'influence paludéenne. L'extrait suivant du

rapport du médecin en chef de la colonie, nous renseignera d'ailleurs mieux que je ne pourrais le faire à ce sujet.

*Cayenne.* — *1er trimestre.* — L'état sanitaire a été meilleur. Il y a eu 4 cas de rémittence bilieuse ; aucun n'a entraîné la mort. Deux ont été graves ; la marche de la maladie a été lente, la convalescence fort longue, laissant le sujet de longs jours dans une sorte d'abattement comateux et d'hébétude dont il ne s'éveille que difficilement. La teinte jaune de la peau, quoique moins intense, persiste longtemps et quelques petits accès de fièvre, passagers, nocturnes, dénotent quelque chose d'insidieux, qui ne permet aucune sécurité sur la guérison, jusqu'à ce qu'enfin la langue se nettoie, les forces et l'appétit reviennent franchement.

2e *trimestre.* — Une assez forte proportion d'entrées est due aux troupes récemment arrivées de France et dans la dernière quinzaine du mois de juin, les salles ont été remplies par ces jeunes soldats qui subissent les premières atteintes d'un climat nouveau et de l'insolation. Chez les uns, elles se traduisaient par quelques accès de fièvre ; chez d'autres, par un état saburral gastro-intestinal et bilieux, avec ou sans fièvre, premier tribut de l'acclimatement.

Les fièvres rémittentes bilieuses ont été plus nombreuses. 12 cas se sont présentés, dit M. Chapuis, et la plupart revêtaient une certaine gravité, offrant toujours d'ailleurs cette marche lente et insidieuse déjà signalée. Elles ont entraîné la mort chez un sergent et un soldat comptant déjà quatre ans de colonie. Ces cas ont montré tous les signes qui en temps d'épidémie les eussent fait ranger, sans hésiter, parmi les fièvres jaunes les mieux caractérisées ; bien qu'elles se trouvent portées dans le tableau statistique, sous le nom de fièvre rémittente bilieuse, c'est la fièvre jaune sporadique, avec la teinte ictérique générale, les ecchymoses ou taches ecchymotiques, le coup de barre, subdélirium alternant avec l'affaiblissement et l'adynamie, suppression des urines, vomissements d'abord bilieux incoercibles, puis complétement noirs, marc de café, hémorrhagies nasales et cutanées.

3e *trimestre.* — Ce trimestre a fourni un chiffre de malades plus élevé dû à l'infanterie de marine nouvellement arrivée de France et qui au mois de Juillet encombrait les salles tour à tour.

Les fièvres rémittentes bilieuses ont été graves. Il y a eu 3 cas et tous les trois suivis de mort.

Chez deux d'entre eux, l'affection a marché avec une rapidité extrême, offrant au début, nausées, vomissements aqueux, de couleur jaunâtre, mouvement fébrile très-intense de longue durée, à peine suivi d'une rémission de quelques heures, douleur dans la région hépatique augmentant par le toucher, turgescence manifeste du foie, coloration ictérique générale, suppression des urines ou du moins diminution notable, défaut d'excrétion et

coloration foncée du liquide, constipation opiniâtre. L'un et l'autre sont morts après deux jours de traitement, dans un accès comateux.

Deux autres formes de fièvres rémittentes méritent d'être signalées plus particulièrement, observées également dans le service de la transportation et qu'on a désignées sous le nom des rémittentes typhoïdes et de rémittentes bronchiques.

Les embarras gastriques bilieux ou gastro-intestinaux se font remarquer par leur fréquence, et de nombreuses entrées ont eu lieu avec un simple mouvement fébrile accompagné ou suivi de l'apparition des symptômes saburraux, nausées, vomissements bilieux.

4e *trimestre.* — Les fièvres rémittentes bilieuses ont encore occasionné trois décès, deux chez des transportés, un sur un matelot de la station, chez lequel on n'aurait pas hésité à diagnostiquer une fièvre jaune, si le cas n'avait pas été isolé.

Les fièvres bilieuses n'ont pas été rares.

Les symptômes étaient des nausées, des vomissements de matières noirâtres, mouvement fébrile intense, de longue durée, chaleur vive à la peau sans transpiration, céphalalgie sus-orbitaire, douleur dans la région hépatique, turgescence manifeste du foie, coloration jaune-foncé sur tout le corps, miction difficile, urines rares et sanguinolentes, constipation. A l'autopsie, on constate la coloration jaune de tous les tissus, le foie pâle, mou; la vésicule remplie de bile et souvent un liquide noirâtre dans l'estomac dont la muqueuse est injectée et ramollie. Quand le malade guérit, la convalescence est interminable et la coloration jaune persiste.

## 1862.

L'influence amarile, qui avait diminué à la fin de l'année précédente, était peu sensible au début de cette année, de sorte que pendant le premier trimestre il y eut peu de malades; mais bientôt la fièvre qu'on appelait alors rémittente bilieuse et que je désigne sous le nom de bilieuse inflammatoire, c'est-à-dire à essence amarile, reprenait sa prépondérance sous le rapport du nombre comme de la gravité.

*Cayenne.* — 1er *trimestre.* — Les fièvres rémittentes bilieuses ont été rares; les trois cas que l'on a eu à traiter, se sont heureusement terminés, mais toujours après des convalescences longues et pénibles. L'une d'elles qui a frappé un homme de couleur, matelot à bord d'un bâtiment de l'État, a présenté le singulier phénomène d'une décoloration sensible dans la teinte de la peau du malade.

2^e^ *trimestre.* — Le nombre des malades a augmenté et les maladies ont été plus graves. Au 1^er^ avril, il y avait à l'hôpital, 200 malades ; il en est entré 740, — 45 sont morts, 46 envoyés en France et il en reste 210 au 1^er^ juillet.

Il y a eu 9 décès parmi les militaires, — 5 parmi les marins de l'État et officiers de la marine,— 2 agents divers et civils payant,— 6 immigrants.

Ce trimestre a été plus mauvais que le trimestre correspondant de l'année passée, ce qui tient aux conditions météorologiques. Les plaies ont été d'une abondance extraordinaire, même pour la Guyane ; toutes les terres ont été noyées, les plantations submergées.

Le grand nombre de malades dans le personnel libre, tient à l'arrivée de deux compagnies qui ont dû payer leur tribut.

Les fièvres remittentes bilieuses ont été fort graves ; sur dix malades qui ont été traités, il en est mort six.

La mort n'arrive pas d'une manière rapide ; d'après M. Chapuis, ce n'est que peu à peu que le malade tombe dans un état de prostration, dont il est difficile de le relever ; l'assimilation ne se fait plus. Il semble que tous les tissus imprégnés de cette coloration jaune ne peuvent plus rien recevoir. Il y a évidemment là une altération profonde du sang. A l'autopsie, on ne rencontre pas de lésions des viscères ; le foie est un peu décoloré, mais conserve sa consistance, l'intestin ne présente rien,— les reins mêmes laissent constamment suinter un liquide purulent, lorsqu'on les presse après les avoir incisés et cependant leur tissu n'est pas altéré. L'ouverture du crâne fait voir une assez grande quantité de sérosité jaunâtre dans les méninges et dans les ventricules. Les poumons ne présentent qu'un peu de congestion hypostatique, mais le cœur, qui baigne dans la sérosité que renferme le péricarde, est ordinairement mou et contient des caillots ambrés remplissant les cavités et l'origine des gros vaisseaux et enchevêtrés entre les colonnes charnues du cœur ; tous les tissus, les aponévroses, les tendons et même les os sont colorés en jaune.

3^e^ *trimestre.* — 3 décès par rémittentes bilieuses.

4^e^ *trimestre.* — Les fièvres remittentes bilieuses ont été très-graves, sous beaucoup de points. Ces fièvres ont une assez grande ressemblance avec la fièvre jaune et il faut être habitué aux affections des pays chauds pour ne pas s'y tromper, dit encore M. Chapuis.

En effet, elles présentent toujours des vomissements plus ou moins noirs ; mouvement fébrile continu ; chaleur vive ; peau sèche, douleurs sus-orbitaires, gonflement du foie, urines rares, coloration jaune, constipation ou selles nombreuses et noirâtres. Dans quelques cas, les selles sont teintées de sang. La guérison est toujours lente et la teinte ictérique persiste longtemps.

*Iles-du-Salut.* — 1^er^ *trimestre.* — Dans ce trimestre, il y a eu moins

d'entrées, mais plus de moitié de décès pour plaies, ulcères, dysentérie et scorbut.

Il est difficile de déterminer, dit M. Chapuis, à quelle cause sont dues ces différences à un intervalle si rapproché. Il faut reconnaître que nous traversons une période malheureuse, comme on doit s'attendre à en voir quelquefois dans une réunion d'hommes qui se renouvellent sans cesse, mais dont le premier noyau accumule chaque année les effets délétères de l'influence du climat, effets qui se manifestent à un moment donné, sans que rien ne provoque cette explosion dans le moment où elle éclate, de sorte qu'elle resterait inexpliquée, si on en cherchait la cause dans les circonstances présentes, au lieu de se porter en arrière.

Les influences endémiques n'agissent donc ici que d'une manière déterminée en affaiblissant la constitution; c'est alors une cause prédisposante à laquelle viennent s'ajouter plus tard des causes déterminantes analogues à celles qui agissent dans les prisons, les bagnes, au sein d'une armée, à bord d'un vaisseau et qui sévissent avec d'autant plus d'intensité qu'elles ne trouvent ici que des organismes affaiblis, des constitutions détériorées.

## 1863.

Pendant l'année 1863, les malades présentèrent souvent des accidents typhoïdes, les fièvres graves furent fréquentes, l'ictère s'observa dans plusieurs cas de fièvres rémittentes bilieuses, en un mot, nous voyons pour Cayenne, comme pour les divers pénitenciers, l'influence amarile se révéler avec une assez grande gravité, bien que le nombre des atteintes morbides ne fût pas considérable.

## 1864.

La fièvre jaune qui paraissait s'être éloignée des Guyanes depuis quelques années, s'en rapproche; elle exista bientôt à Demerary, c'est-à-dire à quelques lieues à peine de Cayenne, et son influence ne tarda pas à se faire sentir, d'une manière plus puissante, dans notre colonie. C'est alors qu'apparut une véritable épidémie de cette fièvre qui fut appelée fièvre rouge par M. Kerangal, médecin en chef de la colonie, dont je fournis ci-après une partie du rapport.

Pour fixer les idées sur cette fièvre à éruption, je renvoie au

livre de M. Bérenger Féraud, qui a signalé les cas où la fièvre inflammatoire était accompagnée de poussées exanthématiques et qui a cherché à en déterminer les caractères.

3e *trimestre*. — *Extrait du rapport de M. le médecin en chef Kérangal.* — Il y a eu une augmentation dans le nombre des malades qui s'explique par les influences climatériques diverses, qui résultaient de la transition de la saison pluvieuse à la saison sèche.

Plusieurs malades, dit le médecin en chef Kérangal, ont eu des accès congestifs de fièvre bilieuse présentant un caractère particulier qu'il est important de signaler ici, surtout parce qu'ils étaient contagieux et coïncidaient avec l'épidémie de fièvre jaune qui sévissait à Démerary.

Cette fièvre bilieuse que j'ai nommée fièvre rouge, à cause de son symptôme dominant, présente les caractères de la fièvre rémittente bilieuse, sans en avoir la gravité. Elle s'annonce par une céphalalgie gravative et persistante avec rougeur violette de la face et larmoiement; la langue est fortement saburrale, rarement sèche. La peau est chaude et sèche au début, puis moite et humide dans les rémissions; les douleurs lombaires sont très-intenses, les envies de vomir fréquentes et les vomissements bilieux parfois très-prononcés. La stupeur est générale et l'affaissement des forces est tel que le malade a de la peine à se lever sans éprouver des syncopes. La rougeur souvent générale de tous le corps a induit en erreur certains praticiens. Au premier moment, ils pensaient avoir affaire à une fièvre éruptive, mais il est impossible de se tromper longtemps, car, sauf la rougeur, ces fièvres ne présentent avec cette dernière affection aucune analogie.

J'ai déjà vu une épidémie de fièvre rouge contagieuse semblable à la Martinique en 1858, sévissant à Saint-Pierre, sur les matelots de commerce nouvellement arrivés et ayant également présenté un grand nombre de cas sur la garnison de Fort-de-France.

A Cayenne, l'épidémie a commencé par l'artillerie, puis l'infanterie et la gendarmerie. Un grand nombre de créoles ont également été atteints. Mais au milieu d'une si grande quantité de malades, nous n'avons eu aucune perte à enregistrer, ce qui nous montre le peu de gravité réelle de la maladie. Dans quelques cas rares (6 ou 8), la rougeur a persisté pendant trois semaines à un mois et s'est manifestée par une véritable desquamation de l'épiderme.

Le traitement a toujours consisté au début en un vomitif suivi le lendemain d'un purgatif, et, si la céphalalgie persistait et était opiniâtre, d'une application de sangsues sur le front.

Il est bien entendu que l'on profitait de la rémission pour administrer

la quinine, à la dose de 1g à 1g,50 par jour. J'ai eu également à me louer de la potion d'hydrochlorate d'ammoniaque à 2g, et l'application de petits vésicatoires aux tempes saupoudrés de chlorhydrate de morphine.

Je dois signaler que cette fièvre, tout insignifiante qu'elle est pour ses résultats, n'en laisse pas moins les malades dans un état de faiblesse tel qu'ils sont obligés de garder longtemps l'hôpital, avant de sortir, et que plusieurs sont tombés à la suite dans un état d'anémie avancé.

Les fièvres rémittentes bilieuses ont été graves sous beaucoup de points.

4e *trimestre.* — 1e décès de rémittente bilieuse et de fièvre ictéro-hémorrhagique.

*Iles-du-Salut.* — 1er *trimestre.* — Les maladies dominantes sont les fièvres et la dysentérie.

2e *trimestre.* — 534 hommes sont amenés par l'*Amazone* et comme toujours ils ont payé un tribut à la dysentérie qui a régné chez eux épidémiquement.

Les fièvres pernicieuses ont toutes présenté la forme aiguë. La quinine à haute dose n'a pas eu d'effet.

3e *trimestre.* — L'état sanitaire est loin d'être satisfaisant. L'arrivée du dernier convoi a une grande part dans l'effectif des malades pendant le mois de septembre. En effet, sur 500 transportés débarqués le 7 septembre 1864 aux Iles-du-Salut par l'*Amazone*, 133 sont entrés à l'hôpital pour cause de maladie : 124 fiévreux et 9 blessés. Les dysentéries ont sévi sur eux avec une certaine violence et le défaut d'acclimatement les a assujettis en grand nombre aux fièvres intermittentes, qui, du reste, avec la dysentérie, ont été les maladies dominantes sur le pénitencier en général.

Un fait qui mérite de fixer l'attention est la fréquence des cas de la maladie qui a été constatée également à Cayenne sous le nom de fièvre rouge. Elle a revêtu aux Iles-du-Salut le caractère d'une véritable épidémie.

Voici comment s'exprime M. Rolland, chirurgien de 1re classe, chef du service médical sur ce pénitencier :

« Dans les derniers jours du mois d'août, quelques cas de l'affection que nous allons essayer de décrire s'étaient manifestés à l'hôpital de l'Ile-Royale. Ces cas isolés présentaient avec les fièvres des marais une analogie de symptômes qui devait les faire considérer comme une des formes fréquemment observées de l'affection paludéenne, la forme congestive ; la médication venait confirmer cette opinion.

Mais pendant le mois de septembre, 50 malades présentant les mêmes symptômes sont entrés à l'hôpital. C'est principalement dans les cinq ou six premiers jours du mois que les entrées ont été très-nombreuses. C'est aussi alors que la maladie qui avait un caractère épidémique évident a présenté les signes caractéristiques d'une affection spéciale à laquelle nous

devons donner le nom de fièvre congestive, sans préjuger en rien la question d'étiologie.

Nous devons cependant constater :

1° Que les Iles-du-Salut ne présentaient rien d'exceptionnel au point de vue climatérique; qu'aucune cause spéciale même probable n'a été reconnue au point de vue de l'alimentation, des travaux, etc.

2° Que l'épidémie régnait à l'arrivée de l'*Amazone*, attendue chaque jour avec 500 transportés et arrivée le 7 septembre;

3° Qu'aucune communication suspecte, ni même douteuse ne peut être invoquée.

Sont entrés à l'hôpital :

Personnel libre 11 ; transportation 39. Le personnel libre était 1/5 de la transportation, le nombre des cas qu'il a fournis est donc de plus du 1/3. On n'a compté comme atteints de fièvre congestive que les malades présentant les signes évidents de l'affection.

En dehors de l'hôpital, le personnel libre compte quelques malades parmi lesquels on trouve deux cas des mieux caractérisés.

M. Charvin, chirurgien de 3e classe de la marine et une sœur de Saint-Paul de Chartres, de passage aux Iles-du-Salut et qui n'a pas communiqué avec les malades. Quatre autres personnes ont aussi présenté les mêmes symptômes, mais à un degré plus faible.

*Symptômes.* — Céphalalgie sus-orbitaire toujours très-pénible, souvent violente, face vultueuse, rouge-vif, rouge-foncé et quelquefois couleur acajou, aucune coloration ictérique, même légère, n'a été observée, yeux brillants, larmoyants, courbature, douleur dans les membres et sourtout aux lombes où elles sont très-vives. Peau chaude, sèche, même brûlante, pouls dur, vibrant, moyennement accéléré. Langue ordinairement large, humide, saburrale au milieu et à la base, rouge sur les bords et à la pointe; rarement sèche, rôtie, noirâtre. Dans tous les cas, les gencives ont été plus ou moins turgescentes, saignant facilement dans la plupart des cas; bouche amère, soif vive, inappétence, nausées, quelquefois vomissements bilieux, une seule fois hématémèse. Insomnie, douleur épigastrique. Habituellement constipation moins facile à vaincre; épistaxis dans quelques cas. La terminaison a été constamment heureuse; le seul décès que l'on puisse rapporter à cette maladie nous paraissant devoir être attribué plutôt à des complications.

La marche de la maladie a été continue; la forme intermittente n'a pas été observée, et la rémittente observée dans un certain nombre de cas n'a jamais été bien franche.

La durée de la maladie est assez difficile à déterminer; la céphalalgie, la fièvre cédaient assez facilement; l'anorexie persistait plusieurs jours et les malades demeuraient dans un état adynamique toujours très-marqué et

qui, dans les cas légers, n'étant pas en rapport avec l'intensité des symptômes devient un des caractères de l'affection.

On peut cependant fixer la durée de huit à dix jours en moyenne et de quinze à vingt au maximum du traitement.

Les vomitifs ont été fréquemment employés et presque toujours suivis de purgatifs salins et dans le cas où la fièvre persistait le troisième jour, on avait recours au calomel à la dose de 1 gr. en une fois, puis à doses modérément réfractées (1 gr. en quatre paquets), lorsque la langue restait sèche.

La salivation, malgré l'état des gencives, a été si rare et si légère, dans les cas où elle a paru qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte.

La céphalalgie cédant presque toujours très-promptement à cette médication, ce n'est qu'exceptionnellement que l'on a eu recours aux sangsues en petit nombre (chez cinq malades).

Le sulfate de quinine a été donné dans tous les cas à des doses qui n'ont que très-rarement dépassé et même atteint 1 gr., au moment de la rémission ou quand se manifestait l'apyrexie plutôt par prudence et comme médication de précaution.

L'efficacité du sel de quinquina dans cette maladie ne nous paraît pas suffisamment établie. Les toniques sont devenus la base du traitement, aussitôt l'apyrexie obtenue.

Les deux observations suivantes donnent une idée complète de la maladie.

M. Charvin, chirurgien de 3e classe, 23 ans, tempérament sanguin. Après deux ou trois jours de maladie, la maladie débute par une forte fièvre, le 29 août. L'accès commence à deux heures de l'après-midi et ne cède que le lendemain à cinq heures du soir, heure à laquelle il survient un peu de moiteur.

Pendant l'accès, peau chaude, sèche; céphalalgie sus-orbitaire très-intense.

Le 30, vomissements bilieux, plusieurs selles bilieuses à la suite d'un purgatif : citrate de magnésie à 50 gr. ; quinine 0,80 cent.

Insomnie pendant la nuit du 30 au 31, sans fièvre, mais la céphalalgie persiste. La langue est saburrale, l'anorexie complète, fatigue très grande, brisement des membres, douleurs lombaires vives, incompatibles avec tout mouvement, épistaxis le matin, sulfate de quinine.

1er septembre. La céphalalgie persiste, mais moins intense, langue toujours saburrale, anorexie, épistaxis plus abondante, pas de fièvre, citrate de magnésie.

2 septembre, même état, gencives saignants très-facilement, quinine 0,60 cent. La céphalalgie a disparu. La fièvre n'a pas reparu depuis le premier jour, mais le gonflement des gencives, l'état pâteux de la bouche,

l'anorexie persistent plusieurs jours et disparaissent peu à peu, les forces se rétablissent lentement (Observation recueillie par M. Charvin).

Dorival François, âgé de 22 ans, transporté de la 1re catégorie.

Arrivé à la Guyane, le 9 juillet 1863, n'avait eu aucune maladie jusqu'à ce jour. Entré à l'hôpital le 15 août 1864, présentant les symptômes d'une fièvre comateuse, lorsque le lendemain se manifestent les symptômes suivants :

Céphalalgie intense, regard brillant, fixe, injection des yeux ; face rouge, vultueuse; langue saburrale, douleurs violentes des reins, légère douleur abdominale à la pression, respiration suspirieuse. Peau brillante, pouls plein, dur, fréquent, épistaxis les 18, 19 et 20. La fièvre n'a présenté aucune intermittence.

Le 21, les symptômes inflammatoires diminuent d'intensité et font place à une prostration, à un état adynamique avec hémorrhagies des gencives et pendant plusieurs jours on a dû recourir aux toniques, aux excitants, aux révulsifs.

Les purgatifs salives ont été employés contre les symptômes inflammatoires. Cette affection qui, en premier lieu, avait revêtu un caractère insolite, a présenté deux périodes distinctes ; période inflammatoire du 16 au 19, période adynamique du 20 au 25, date à partir de laquelle le malade entre en convalescence. »

Il n'est pas inutile de signaler la coïncidence d'une maladie avec éruption prurigineuse épidémique, car aux Antilles et ailleurs on a maintes fois signalé des éruptions accompagnant les fièvres inflammatoires.

En voici la relation donnée par M. Kérangal : « Quelques jours après l'arrivée de l'*Amazone*, on put constater chez quelques transportés apportés par elle, une éruption occupant les membres supérieurs et la face. Cette éruption présentait avec celle que détermine la piqûre des maringouins, une telle analogie, qu'elle n'attire pas d'abord l'attention, mais le nombre des cas augmentant rapidement, on put constater bientôt qu'il s'agissait d'une affection et non d'un accident.

Cette affection ne présentait aucune analogie avec les éruptions des pays chauds connues sous le nom de bourbouilles.

L'éruption débutait par les membres supérieurs dont elle occupait surtout la face externe; elle était nulle aux poignets, aux plis des bras et toujours très-discrète sur la face interne. Aux membres inférieurs, elle occupait un siége analogue, souvent abondante et même confluente à la face, elle était rare à la poitrine et ne paraissait qu'exceptionnellement sur l'abdomen. Son aspect n'était pas toujours le même, mais on retrouvait toujours la papule; plusieurs fois elle a présenté l'aspect de la rougeole au début. Assez fréquemment on a vu des papules larges comme des lentilles ; le plus souvent

c'était le véritable prurigo avec prurit intense, surtout la nuit. La papule, sous les ongles des malades, se recouvrait de la petite croûte noire.

L'éruption s'est montrée une fois confluente et occupant tout le corps chez une femme arrivée également par l'*Amazone;* elle ne s'est manifestée que chez des individus arrivés par ce transport ; elle ne s'est pas transmise aux malades voisins, malgré les conditions les plus favorables à la contagion. Aucun malade n'est entré à l'hôpital pour cette affection qui s'est montrée plus tard.

L'éruption a paru dans les affections les plus diverses: Fièvre, 20 ; dysentérie, 4 ; bronchite, 3 ; arthrite, 1 ; hypertrophie du cœur, 1.

Elle est plus incommode que dangereuse et sa durée est variable. Elle a été beaucoup plus longue qu'elle ne l'eût été dans d'autres conditions, la disette d'eau sur ce pénitencier ne permettait pas les bains.

## 1865.

Cette année-là, bien que les fièvres rémittentes bilieuses soient signalées comme fréquentes, on peut penser que la constitution médicale avait changé, car ce n'est pas la maladie que nous appelons la fièvre bilieuse inflammatoire qui est désignée sous ce nom de rémittente, mais bien, il me semble, cette affection comprise sous le nom de fièvre hématurique ou mélanurique ; l'extrait, ci-après, du rapport du médecin en chef de la colonie nous en donne la preuve, et je dois d'ailleurs ajouter que la dysentérie fut plus fréquente que précédemment, condition sur laquelle M. Bérenger Féraud a appelé déjà l'attention d'une manière précise.

*Cayenne.* — 1er *trimestre.* — 4 décès de rémittente bilieuse ; 2 de fièvre typhoïde.

2e *trimestre.* — Les fièvres rémittentes bilieuses beaucoup plus fréquentes ont occasionné 5 décès.

La dysentérie a fourni 7 décès, dont l'un fut constaté sur une des femmes transportées arrivées par le navire le *Cormoran* le 14 juin. Plusieurs femmes appartenant également à ce convoi et atteintes de dysentérie ont dû être admises à l'hôpital, aussitôt après leur arrivée à Cayenne.

3e *trimestre.* — Les fièvres rémittentes bilieuses ont donné 2 décès. La mort s'est produite quelques heures après l'arrivée des malades à l'hôpital et on observait alors, dit M. Kerangal, tous les symptômes de la fièvre bilieuse hématurique de Madagascar et du Sénégal. La suffusion ictérique était prononcée, l'affaissement extrême, les vomissements incoercibles, les

urines couleur de vin de Malaga. Traité par l'acide nitrique, le précipité albumineux était d'autant plus abondant que la maladie semblait plus grave. L'analyse de ces urines n'a pas permis d'y constater la *bile* ni le *sang*.

A l'autopsie, la couleur jaune des téguments était plus prononcée encore; coloration que l'on retrouvait dans le tissu cellulaire, les séreuses et jusque dans la sérosité des ventricules du cerveau indiquait clairement le passage de la bile dans le sang. Les reins ont toujours été congestionnés; le sang semblait sourdre de la substance de l'organe. La muqueuse des calices et des bassinets avait la teinte ictérique et souvent du pus a été trouvé dans les bassinets, mais à la Guyane le fait n'est pas rare et a été souvent observé dans les nécropsies à la suite des décès causés par les maladies les plus diverses.

4e *trimestre.* — Un décès de rémittente bilieuse.

*Iles-du-Salut.* — 1er *trimestre.* — Il y a dans ce trimestre 42 décès, sur un effectif moyen de 1887.

2e *trimestre.* — 37 décès.

3e *trimestre.* — 27 décès.

4e *trimestre.* — 51 décès.

Le chiffre des décès a doublé, à cause des diarrhées bilieuses et des dysentéries.

La dysentérie a régné épidémiquement, les fièvres pernicieuses ont été très-graves. Sur 8 cas, 6 ont eu une terminaison fatale. C'est la forme algide qui a dominé.

*Maroni.* — 1er *trimestre.* — 9 décès à Saint-Laurent sur un effectif de 1787 et 12 à Saint-Louis sur un effectif de 950.

2e *trimestre.* — 10 décès à Saint-Laurent et 5 à Saint-Louis, 2 cas de rémittentes bilieuses.

3e *trimestre.* — 12 décès à Saint-Laurent et 8 à Saint-Louis.

4e *trimestre.* — Il y a eu 56 décès tant à Saint-Laurent qu'à Saint-Louis. Voici ce que dit M. Kerangal à ce sujet :

Saint-Laurent, qui est devenu depuis le 1er octobre le chef-lieu des établissements pénitentiaires du Maroni, n'a pas offert relativement un état satisfaisant, comme dans les trimestres précédents.

Cela tient d'abord à la constitution médicale du trimestre qui est le plus mauvais de l'année et à ce que son effectif s'est considérablement accru par suite des évacuations successives de la Montagne d'Argent, d'Organabo et de Montjoly, points toujours signalés comme les plus malsains de la colonie. Les hommes provenant de ces divers établissements apportaient des dispositions morbides. Ils avaient été presque tous atteints de fièvres intermittentes contractées pendant un séjour plus ou moins long dans ces différentes localités; leurs forces étaient épuisées et ils étaient tombés déjà

dans cet état de décomposition du sang qui constitue la cachexie paludéenne.

Ce personnel de plus s'est trouvé exposé à des influences toutes particulières inhérentes à une nouvelle installation et que les fatigues nécessitées par les travaux d'évacuation ayant encore plus débilité leur santé, il n'est donc pas étonnant que le chiffre des malades et des décès ait subi une augmentation notable. Il faut tenir compte aussi de l'éloignement des divers chantiers de nouvelle création, d'où les malades arrivent souvent dans un état désespéré, en raison de la difficulté qu'on éprouve à leur fournir des secours.

Le pénitencier de Saint-Louis a été supprimé à partir du 1er octobre, il est devenu un annexe de Saint-Laurent.

## 1866.

Au commencemont de l'année, les conditions sanitaires n'étaient pas toutes défavorables, mais dès le second trimestre le nombre des malades s'accrut d'une manière fâcheuse, pendant que les pays voisins de Surinam et de Demerary étaient sous le coup d'une nouvelle poussée épidémique de fièvre jaune. L'extrait du rapport, ci-après, en fournit le détail, et bien que l'étiologie de la maladie, le nom qui lui est donné souvent, puissent faire penser aujourd'hui le lecteur, *à priori*, à l'influence paludéenne, il verra, après mûre réflexion, que, si le paludisme peut être incriminé dans plusieurs cas, il faut, dans la plupart, faire entrer en ligne de compte cette influence amarile, se traduisant par la fièvre dite inflammatoire, plus ou moins intense, plus ou moins insidieuse dans ses allures, au point de faire osciller le diagnostic de la fièvre typhoïde ou de l'accès pernicieux paludique à la fièvre jaune proprement dite, suivant les cas.

*Cayenne.* — *1er trimestre.* — 27 décès à l'hôpital, dont 2 pour bériberi.

2e *trimestre.* — L'état sanitaire a été encore satisfaisant. L'élément catarrhal a dominé une saison aussi pluvieuse et humide.

3e *trimestre.* — 22 décès.

La constitution médicale menaçante tient évidemment aux conditions hygiéniques dans lesquelles nous nous sommes trouvés. En effet, après un hivernage très-pluvieux, nous nous sommes trouvés brusquement et sans aucune transition dans une saison sèche. Les évaporations qui ont eu lieu ont naturellement soulevé des effluves marécageuses et nous ne doutons pas que nous n'eussions éprouvé, comme à Surinam et Damerary, de grandes

pertes, si les vents d'Est ne s'étaient levés avec une certaine intensité et n'avaient tout rejeté dans les profondeurs des grands bois. Les troupes nouvellement débarquées en ont surtout fait les frais.

Il y a eu un grand nombre de fièvres pernicieuses de toute espèce et 7 cas de fièvre jaune sporadique bien confirmée. Deux de ces malheureux malades sont morts au milieu des hémorrhagies passives et des vomissements noirs; les autres sont revenus à la vie, non sans avoir été aussi malades que possible et après avoir fourni les hémorrhagies passives et des vomissements très-colorés.

Tous ces cas nous ont présenté une grande quantité d'albumine dans les urines.

En même temps que sévissaient les fièvres pernicieuses, il se présentait aussi un grand nombre de diarrhées chez les nouveaux arrivés.

La transportation ne s'est nullement ressentie des influences qui ont agi avec tant de violence sur les malades du personnel libre.

4e *trimestre.* — Deux fièvres rémittentes bilieuses ont eu contre toute attente une heureuse issue. (Kérangal.)

*Maroni.* — 1er *trimestre.* — Il y a eu 49 décès dont 24 à Saint-Laurent et 18 à Saint-Louis; 7 dans le personnel libre et 42 à la transportation.

Souvent liés aux fièvres paludéennes qu'ils précèdent ou qu'ils accompagnent, les symptômes gastriques forment quelquefois un groupe morbide isolé et indépendant de toute autre affection. C'est encore la fièvre ou embarras gastrique qui se traduit par l'anorexie, un enduit jaunâtre de la langue, la bouche amère, l'haleine fétide, les nausées, les vomissements et quelquefois un mouvement fébrile.

Ces affections ont régné pendant les mois de Janvier et Février, au moment de la décroissance des fièvres paludéennes.

Les 5 femmes décédées appartiennent au dernier convoi arrivé à bord du *Cacique*. Ce convoi, après avoir séjourné à bord de ce navire plus de deux mois pour se rendre de Rochefort à Cayenne en passant par Gorée (Sénégal) et avoir fait ainsi la traversée par des transitions variées de climat est arrivé à Saint-Laurent très-fatigué par ce long séjour à bord et par son voyage en mer.

Toutes ces femmes arrivant dans ces conditions se sont trouvées de plus soumises à tous les inconvénients d'un encombrement résultant de l'insuffisance du logement qui leur était destiné.

Il n'est donc pas étonnant que leur santé ait fléchi sous l'influence des causes si diverses et la dysentérie, compliquée de symptômes typhoïdes, n'a pas tardé à venir exercer ses ravages parmi elles.

2e *trimestre.* — Il y a eu 53 décès.

La dysentérie a été fréquente; ordinairement elle n'est pas commune au Maroni.

3e *trimestre.* — Saint-Laurent s'est ressenti de l'influence épidémique qui se manifestait également à Cayenne. Les concessionnaires de Sainte-Anne ont été les plus éprouvés. Ces concessions sont nouvelles. Les transportés qui les composent n'ayant pas encore de cases, habitent par groupes de vingt, des carbets ouverts à tous les vents et parfaitement malsains. Les grands bois qui viennent d'être abattus ne sont pas encore brûlés et il n'y a jusqu'ici aucune trace de culture. Le chef du service de santé, M. Ducrot, dans une visite qu'il a faite de ces concessions, n'a trouvé dans le sol rien qui pût le mettre sur la voie de la véritable cause. Il y a peu ou point de marais dans cette saison. Des circonstances atmosphériques particulières, chaleur étouffante, surcharge électrique de l'atmosphère, telles sont peut-être, concurremment avec les conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent les hommes de ces concessions, les causes qu'il faut indiquer.

(Kérangal.)

Aux Hattes, il y a eu 11 décès, mais presque tous les hommes de ce chantier provenaient de la Montagne-d'Argent.

A Sparhouine, dans les premiers jours du mois d'Août, les fièvres sous l'influence des circonstances atmosphériques ont revêtu ce caractère épidémique qui a menacé un instant d'envahir tout le Maroni. A la fin du mois d'août, 5 hommes sont morts presque subitement. Tout le personnel des pénitenciers a été plus ou moins atteint.

4e *trimestre.* — Dans les premiers jours d'octobre, Saint-Laurent et les annexes, Sainte-Anne et Saint-Pierre, ont été encore en proie à l'influence épidémique.

Les chantiers de Sparhouine nouvellement crées et situés dans le haut Maroni, à l'endroit où le fleuve n'est plus navigable, ont été les plus éprouvés de tous. Sur 283 malades évacués à Saint-Laurent, 28 sont morts, chiffre qui s'ajoute aux 12 décès survenus à l'infirmerie de ce chantier et porte le p. °/o de sa mortalité à un taux élevé.

Le personnel libre n'a pas été mieux traité et le p. °/o de sa mortalité dépasse même celui de la transportation.

Voici à cet égard l'opinion de M. Kérangal :

« Pendant l'année 1866, les fièvres graves se sont déclarées, surtout dans les chantiers élevés et nous avons été fort heureux de ne pas voir éclater les épidémies qui atteignaient nos voisins de Surinam et de Demerary. Somme toute, nous avons été quittes pour un grand nombre de fièvres intermittentes ou continues et plusieurs cas de fièvres pernicieuses dont quelques-uns ont présenté les symptômes de la fièvre jaune.

L'année 1866 a été l'une des plus pluvieuses dont on ait eu connaissance à la Guyane.

## RENSEIGNEMENT NUMÉRIQUE SUR LA TRANSPORTATION

| | EFFECTIF au 1er décembre 1865 | CONVOIS venus de France en 1866 | | | TOTAL | NOMBRE D'HOMMES envoyés sur les pénitenciers des convois venus de France | MORTS (dans l'année) | ÉVADÉS (dans l'année) | Décédés par accidents | EFFECTIF au 31 décembre 1866 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1re Cie | 2e Cie | femmes | | | | | | |
| SAINT-LAURENT. | 2.938 | 369 | 1 | 60 | 3.368 | 430 | 182 | 137 | 19 | 3.042 |
| Chantiers forestiers. | 421 | 382 | 8 | » | 811 | 390 | 126 | 395 | 9 | 556 |
| Totaux. | 3.359 | 751 | 9 | 60 | 4.179 | 820 | 308 | 532 | 28 | 3.598 |

Les pénitenciers de Saint-Jean, Saint-Louis et les Hattes n'étant considérés que comme annexes de Saint-Laurent sont compris dans l'effectif du pénitencier.

A Sparhouine, sur 208 hommes envoyés en octobre et novembre 1865, le 15 février 1867, il ne restait plus que 33 hommes valides, 28 étaient morts, 45 étaient à l'hôpital, 40 étaient évadés et 31 restaient à l'infirmerie, 16 aux travaux légers et 14 exempts de service, plus un libéré.

Ce chantier donne une idée exacte de ce que deviennent les Européens nouvellement débarqués et jetés au milieu des grands bois de la Guyane avec le peu de ressources hygiéniques qui s'y trouvent.

## 1867.

L'influence amarile me semble reprendre pendant cette année une prédominance assez marquée, car si les médecins qui exerçaient à la Guyane, à cette époque, avaient l'esprit tendu surtout vers le paludisme, il n'en est pas moins vrai que l'on voit dans ses allures les symptômes spéciaux de la *fièvre dite rouge*, etc., les manifestations de ce que l'on a appelé depuis la fièvre bilieuse inflammatoire.

*Cayenne*. — 1er *trimestre*. — 2 décès de rémittente bilieuse.

2e *trimestre*. — 10 cas de fièvres pernicieuses bilieuses se sont présentés dans le courant du trimestre ; ils ont tous été suivis de guérison.

3e *trimestre*. — Vers la fin du trimestre, on a remarqué une aggravation dans les maladies marquée par la prédominance de l'état bilieux.

Ce sont surtout les immigrants apportés par le navire anglais *Copenhague* qui tous ont été portés à l'hôpital dans un état désespéré.

*Iles-du-Salut.* — 1er *trimestre.* — Plusieurs cas de scorbut.

2e *trimestre.* — Il y a eu 5 cas de fièvres pernicieuses tous éclos aux es dans le courant de juin et frappant des transportés déjà anciens dans le pénitencier.

Des cas de scorbut, au nombre de 20, peu graves du reste.

Enfin, une sorte d'épidémie particulière aux membres de l'état-major venus récemment de France, que l'on appelle fièvre rouge, fièvre d'acclimatement. Elle n'a offert aucune gravité.

Rien de semblable n'a été constaté parmi les sous-officiers ou les transportés récemment débarqués aux Iles.

Les vents du Sud en passant sur Kourou, ont soufflé quelques jours; à la même époque, il y a un surcroît de fièvres. C'est du reste un fait d'observation aux Iles que l'influence des vents de terre sur le développement de la fièvre intermittente.

3e *trimestre.* — Un soldat est mort de fièvre pernicieuse typhoïde.

*Maroni.* — 1er *trimestre.* — L'état sanitaire de Saint-Laurent n'est point aussi satisfaisant qu'aurait pu le faire supposer la saison qui nous occupe.

Depuis quelques mois seulement, le nombre des fièvres va toujours en augmentant, sans que les conditions dans lesquelles se trouvent les habitants aient notablement changé.

2e *trimestre.* — Il y a eu à Saint-Laurent 10 décès dans le personnel libre.

3e *trimestre.* — On vit apparaître vers la fin de septembre quelques fièvres bilieuses à forme ictérique.

4e *trimestre.* — Le cachet bilieux s'est montré très-fréquemment dans les cas de fièvres et cédaient facilement aux évacuants répétés.

## 1868.

La dysentérie fut plus fréquente que de coutume, la fièvre typhoïde, apportée par le transport l'*Amazone*, dura pendant assez longtemps, mais la fièvre bilieuse inflammatoire ne paraît pas avoir régné d'une manière soit intense soit fréquente.

*Cayenne.* — 1er *trimestre.* — L'état sanitaire de ce trimestre est loin d'avoir été satisfaisant, surtout si l'on songe que nous venons de traverser la saison la plus favorable pour l'Européen.

Les fièvres typhoïdes ont surtout frappé les jeunes militaires arrivés de France le 8 janvier par le transport l'*Amazone*, et continuent encore à

régner parmi eux, quoique dans la colonie depuis plus de trois mois. Quelques transportés en ont été atteints et 2 sont morts.

Il y a eu 41 malades pour grippe. Les embarras gastriques ont été fréquents.

2e *trimestre.* — L'état sanitaire a été plus satisfaisant.

3e *trimestre.* — La fièvre rémittente bilieuse a été fréquente puisque 14 cas ont été observés.

La grippe s'est développée chez les Européens.

4e *trimestre.* — La dysentérie a paru beaucoup plus fréquente. — Elle a surtout frappé sur les soldats d'Infanterie de marine arrivés au mois d'août par la *Cérès* et non encore acclimatés.

*Iles-du-Salut.* — 3e *trimestre.* — Plusieurs cas de fièvres bilieuses ont été observés et un, entre autres, qui a offert dans ses symptômes quelques caractères différentiels. C'est chez le nommé Pol, 2e régiment, 1re compagnie, Européen. Chez cet homme, on a plutôt constaté le type intermittent qu'une véritable rémittence.

Des accès irréguliers, dont quelques-uns très-graves, ont entrecoupé la marche de la maladie. Ces accès se sont cependant reproduits, mais plus bénins dans la convalescence. Il y a eu des épistaxis très-rebelles, un purpura généralisé, pendant lequel le malade a été dans un état désespéré; vers la fin, un ictère intense et des vomissements bilieux ont apparu. Toutefois, ces symptômes ont cessé peu à peu, sous l'influence de l'administration du calomel et du sel quinique; le patient est resté infiltré et anémié pendant quelque temps. Tout s'est enfin dissipé heureusement, et cet homme est sorti enfin de l'hôpital parfaitement guéri.

Deux cas d'entérite cholériforme, avec algidité, affaiblissement du pouls, yeux excavés, nez effilé, crampes, déjections bilieuses, infectes et même riziformes, ont aussi été observés. Les deux malades sont morts. L'affection a été entrecoupée d'accès de fièvre assez marqués contre lesquels la quinine a échoué. Pendant plus de vingt jours, qu'a duré l'un deux, on a pu constater 4 à 5 alternatives de mieux ou de pire, qui, à chaque instant, mettaient le pronostic en suspens.

L'autopsie n'a rien révélé du côté de la rate; seuls, les intestins ont présenté tous les désordres d'une entérite intense; les plaques de Peyer étaient enflammées mais non ulcérées et le calibre de l'intestin était généralement rétréci.

4e *trimestre.* — On a observé un certain nombre de flux muqueux sanguinolents chez les jeunes soldats nouvellement arrivés.

L'affection scorbutique a fourni un assez grand nombre de malades. Elle est caractérisée par des taches ecchymotiques aux jambes et des ulcérations fongueuses aux gencives. Quelquefois elle se borne à une éruption de petites taches de purpura semblables à des piqûres de puces.

*Maroni.* — 1^er^ *trimestre.* — A Saint-Laurent, 4 décès par ictère grave.

3^e^ *trimestre.* — Plusieurs cas de rémittentes bilieuses.

## 1869.

Pendant que les petites Antilles étaient sous le coup d'une épidémie de fièvre jaune, commencée depuis la fin de 1868, la Guyane, elle, ne présentait pas l'influence amarile d'une manière bien sévère. En effet, quoiqu'on puisse rattacher à la fièvre bilieuse inflammatoire, dont nous nous occupons, bien des cas rapportés par les médecins de l'époque, au paludisme, nous voyons la fièvre jaune, apportée de la Martinique par les sœurs de charité, se montrer avec ses caractères ordinaires et rester confinée au lazaret, où on avait eu le soin d'interner les provenances suspectes.

*Cayenne.* — 1^er^ *trimestre.* — L'épidémie de dysentérie qui s'était déclarée le trimestre précédent, a continué à sévir jusqu'au commencement de mars sur les militaires arrivés en août et a fini par s'éteindre.

2^e^ *trimestre.* — La fièvre rémittente bilieuse a présenté quelques cas. Cette affection prise à temps cède généralement aux moyens employés pour la combattre, surtout lorsque le malade n'est pas trop affaibli et anémié, ce qui est toujours une complication fâcheuse. Les évacuants par tous les bouts, puis la quinine et les toniques, quand la fièvre est tombée, tel est le traitement qui a toujours réussi.

Il y a eu 1 cas de fièvre jaune importé de la Martinique.

Voici à ce sujet le rapport de M. Kérhuel.

Par le packet du 29 mai, trois sœurs hospitalières de Saint-Paul de Chartres sont arrivées de France, pour les besoins du service. En passant à la Martinique, ces trois sœurs sont descendues à terre pour aller jusqu'à l'hôpital de Fort-de-France voir deux autres de leurs compagnes qui étaient venues avec elles de France. Après être restées quelques heures au couvent, elles sont rentrées à bord du packet intermédiaire pour rallier Cayenne, leur lieu de destination. C'était le 22 mai au soir. Deux jours après leur départ de la Martinique, l'une d'elles se plaignit au médecin du bord de céphalalgie intense, de fièvre, de courbature, de maux de reins. Celui-ci pensant que cette malade avait pu attraper un léger coup de soleil, en descendant à terre, mais ne songeant nullement à la fièvre jaune, la traita en conséquence et lui fit appliquer quelques sangsues aux tempes et aux apophyses mastoïdes. Au moment où le packet mouillait sur rade, cette sœur arrivée à la période de calme se trouvait assez bien, au point que le médecin

du bord déclarait à la commission de santé envoyée pour assaisonner, n'avoir pas de malades, sauf une sœur qui avait été traitée pendant la traversée pour une légère insolation. Soumis à une quarantaine d'observations de quinze jours, comme venant d'un pays infecté, les passagers furent débarqués au lazaret de Larivot, lazaret installé sur l'une des deux pointes qui forment l'entrée de la rivière de Cayenne. A peine à terre, la sœur qui avait été atteinte d'insolation, fait appeler le médecin de l'établissement qui constate aussitôt chez elle une hémorrhagie assez abondante par les piqûres de sangsues qui durait depuis vingt-quatre heures et qu'elle ne pouvait arrêter, ni elle, ni ses deux compagnes; un peu de fièvre, beaucoup d'anxiété épigastrique, langue saburrale, grand état de faiblesse, teinte ictérique des conjonctives et de la peau, constipation. Informé immédiatement du fait, je pris les moyens nécessaires pour éviter la propagation du mal. A cet effet, on expédia sur-le-champ, au lazaret, une des sœurs de l'hôpital, ayant seize ans de colonie et ayant passé en 1855 et 1856 par les épreuves de la fièvre jaune, avec tous les moyens nécessaires pour traiter convenablement la malade et l'isoler complétement de ses deux autres compagnes susceptibles comme elle d'attraper la maladie. Grâce aux bons soins qu'elle a reçus promptement et surtout aux précautions prises, cette sœur est entrée en convalescence, le neuvième jour de son affection, quoique l'hémorrhagie par les piqûres de sangsues se fût encore renouvelée la veille. La convalescence a marché sans entraves et l'on a pu quelques jours après donner la libre pratique aux passagers. Tout s'est borné là, et depuis lors, aucun cas de fièvre jaune ne s'est révélé, malgré l'importation manifeste de cette maladie, à Cayenne, par cette jeune sœur venant aux colonies pour la première fois, ainsi que ses compagnes.

Pendant qu'un pareil fait se produisait au lazaret de Larivot, je recevais en même temps du médecin-major du pénitencier de l'Ilet-la-Mère, la lettre suivante, en date du 6 juin 1879 :

« Le 4 de ce mois, le résident volontaire, nommé Frilley, cantinier à l'Ilet-la-Mère, a succombé à une attaque de fièvre jaune.

« Bien que cette affection se soit montrée chez lui sous la forme la plus grave, tout me porte à croire cependant que ce cas est de nature sporadique. Malgré cela, j'avais fait isoler le malade dans un cabinet à part, appartenant à l'hôpital et j'avais pris toutes les précautions convenables pour éviter la propagation de cette maladie dans le cas où elle aurait revêtu un caractère contagieux.

« Frilley était appelé comme cantinier à recevoir des marchandises provenant de la Martinique (morue, bacaliau), mais il résulte de l'examen des factures qu'il n'avait pas reçu de marchandises depuis le 25 mars et de plus les caisses qui les avaient contenues avaient été brûlées depuis longtemps. »

Ainsi donc, presque en même temps, et à six lieues de distance, voilà 2 cas de fièvre jaune bien constatés qui apparaissent à la Guyane, l'un importé de la Martinique, traité dès le début à bord du packet français, puis au lazaret de Larivot, et se terminant par la guérison, et l'autre développé spontanément à l'Ilet-la-Mère sur un résident acclimaté et amenant la mort en quarante-huit heures.

Depuis six semaines que ces deux cas ont eu lieu, aucun cas ne s'est présenté et cependant pour beaucoup de médecins la fièvre jaune est une maladie éminemment contagieuse.

Si nous faisons abstraction du cas de l'Ilet-la-Mère, qui cependant peut être regardé comme foudroyant, par cela même extrêmement grave puisque le malade a succombé en deux jours, pour ne considérer que celui importé, on peut se demander où a été contractée la maladie. Est-ce en traversant la ville de Fort-de-France en plein midi? Ou bien au couvent où elle a séjourné trois heures?

Pour qui connaît celui-ci, il est plus que probable que c'est là qu'elle a pris le germe de son mal; il n'y avait cependant aucune sœur malade en ce moment et d'après ce qu'elle m'a avoué elle-même, il paraîtrait que le mot de fièvre jaune n'aurait pas même été prononcé devant elle, qu'elle en ignorait l'existence à Fort-de-France et que ce n'est que lorsqu'on l'a séparée de ses deux compagnes, qu'elle a appris la nature de sa maladie. En effet, qui connaît les lieux, sait que le couvent des sœurs hospitalières de cette ville attenant au pavillon des officiers malades est situé entre le corps principal de l'hôpital et le cimetière de la ville et a derrière lui une montagne assez élevée qui arrête l'air; il est donc placé dans des conditions anti-hygiéniques, ne recevant pas la brise des alizés qui sont les vents régnants et ne recevant que celui qui passe par-dessus l'hôpital ou le cimetière; les vents de la partie de l'Ouest ne soufflent jamais dans la baie de Fort-de-France. A cette date, du 22 mai, jour de la visite de la sœur au couvent, M. Kérangal, médecin en chef à la Martinique, écrivait : « Nous sommes toujours au milieu de la fièvre jaune qui se présente avec une grande gravité. » Ainsi donc l'incubation n'a été que de quarante-huit heures et tout le temps qu'elle a été le plus gravement malade à bord du packet la *Guyane*, elle a été constamment soignée par les deux autres compagnes qui se trouvaient absolument dans les mêmes conditions qu'elle, qui ne l'ont pas quittée d'un instant, qui lui ont constamment donné des soins et qui couchaient dans la même chambre qu'elle. Le prêtre qui était passager avec elle, la visitait plusieurs fois par jour, la consolait, l'encourageait et séjournait chaque fois dans l'appartement qu'elle occupait; il se trouvait dans les mêmes conditions que les trois sœurs, était jeune et venait aussi aux colonies pour la première fois, et cependant aucune de ces personnes continuellement en contact avec la malade n'a contracté la fièvre

jaune. Celle-ci ne s'est pas davantage développée à bord du packet, ni parmi les autres passagers. »

On observe dans le même temps deux cas de choléra spontané, presque coup sur coup, l'un le 20, l'autre le 23. Le premier sur le capitaine du navire de commerce l'*Assomption*, arrivé depuis deux jours seulement de Marseille, et le deuxième sur le boulanger de l'aviso à vapeur le *Narval*. Tous les deux provenaient de la rade et avaient été pris de diarrhée et de vomissements occasionnés par un écart de régime qui n'a pas été soigné sur-le-champ. Portés à l'hôpital dans un état désespéré, ils ont, l'un et l'autre, succombé.

3e *trimestre.* — Il y a eu 7 ou 8 cas de rémittente bilieuse, 2 cas de fièvre typhoïde ayant revêtu la forme muqueuse ont été observés sur deux jeunes militaires, arrivés de France par la *Cérès*. Ils ont guéri.

4e *trimestre.* — Il y a eu 2 cas de fièvre typhoïde développés chez des jeunes soldats nouvellement arrivés, l'un a eu la forme muqueuse et l'autre adynamique.

L'embarras gastrique a été fréquent, fièvre, céphalalgie plus ou moins intense, perte d'appétit, amertume de la bouche, enduit jaunâtre de la langue, nausées, quelquefois sensibilité à l'épigastre.

*Iles-du-Salut.* — 1er *trimestre.* — Extrait du rapport de M. Kerhuel :

A l'hôpital du personnel libre, c'est la fièvre intermittente qui à régné. On ne saurait rendre compte de la pathogénie de cette affection dans les circonstances où se trouvent placés les soldats de la garnison qui ont été atteints en très-grand nombre. Chose assez singulière, ce sont les hommes de la caserne du plateau de l'Est qui ont été seuls frappés, tandis que ceux du plateau de l'Ouest ont été épargnés. Aucun d'eux n'avait encore subi cependant, depuis leur arrivée à la Guyane, l'influence paludéenne. Chez 4 de ces militaires, l'embarras gastrique et les accès intermittents du début ont dégénéré en un état muqueux avec fièvre continue ou rémittente. Chez trois, la maladie a été assez sérieuse pour faire craindre pour la vie. La convalescence a été franche chez un seul et chez les deux autres elle a été entravée par des rechutes, de la fièvre et de la diarrhée.

A l'hôpital de la transportation, la mortalité a été assez considérable dans le mois de janvier, surtout chez les gens à affections viscérales chroniques : anémie, diarrhée et dysentérie. Il est permis de croire que la même influence qui déterminait l'apparition des accès de fièvre, hâtait la fin des malheureux dont le sang appauvri et privé de globules ne pouvait fournir les éléments de la combustion déterminée par un accès de fièvre.

Il y a eu dans la dernière quinzaine de mars, une affection épidémique simulant le choléra.

D'abord isolés, ces cas augmentent bientôt et atteignent 7 par jour. Les uns, et c'est le plus grand nombre, ont été peu graves. Les malades ont pu réagir au bout de 24 heures au moins ; 4 d'entre eux sont restés dans le même état pendant 3, 4 et même 5 jours ; chez l'un d'eux surtout, les symptômes ont persisté longtemps et avec gravité ; voix éteinte, yeux excavés, nez effilé, cyanose, vomissements opiniâtres et diarrhée séreuse, amaigrissement considérable ; la réaction s'est enfin opérée, mais les vomissements et les selles sont devenus de nature bilieuse. Cet homme est le seul qui ait présenté l'éruption génerale de l'exanthème lenticulaire particulier au choléra. Chez un autre malade, la réaction s'est opérée avec persistance de sueurs très-copieuses sous forme de suette miliaire.

3e *trimestre.* — La diarrhée a pris quelquefois de la gravité, puisque 5 décès lui sont dus. Dès le début, la maladie épuisait rapidement les sujets, l'appétit était nul ; la face se décharnait, l'accablement était considérable, le nombre des selles allait en augmentant et le patient mourait en moins de 8 jours. La nature des selles était séreuse, quelquefois sanguinolente. Dans deux cas, l'autopsie a révélé les ulcères gangreneux de la vraie dysentérie.

4e *trimestre.* — Sur 7 cas de fièvre typhoïde, 3 se sont présentés chez les femmes transportées nouvellement arrivées de France et qui ont séjourné près d'un mois aux Iles-du-Salut, dans un local très-mal disposé et ont fourni un décès. Les deux autres ont guéri et, chez l'une d'elles, la convalescence a été entravée par l'apparition de deux parotidites qui ont abcédé.

On signale 2 cas d'insolation avec accidents cérébraux fort sérieux.

*Maroni.* — 1er *trimestre.* — Vers le commencement du mois de mars, est apparue une petite épidémie simulant assez bien un choléra léger. La rapidité d'invasion et la vivacité des symptômes en ont été les caractères principaux. Plusieurs cas se sont présentés presque coup sur coup, mais aucun n'a été mortel.

Du 2 mars au 25, 12 cas se sont présentés. Le premier homme atteint était un malade des salles en traitement pour une pustule maligne en voie avancée de guérison.

*Début.* Brusque, sans cause connue, point de diarrhée prémonitoire, généralement invasion dans la nuit. Coliques violentes, épigastralgie avec rétraction abdominale et crampes vives dans les mollets, les cuisses et les bras, déjections abondantes et coup sur coup ; selles liquides, rougeâtres, comme la lavure de chair, sans odeur, spumeuses.

Fréquentes au début, les selles se suppriment au bout de quelques heures et en même temps vomissements bilieux peu abondants, appa-

raissant à intervalles éloignés et persistant un peu plus tard que les selles.

*État*. Les malades qui ne venaient réclamer les soins qu'après ces premiers symptômes se présentaient alors à l'hôpital dans l'état suivant : cyanose générale bien visible, quoique d'intensité moyenne, refroidissement général. Celui-ci sans être exagéré est cependant perceptible, même sous la langue, yeux enfoncés, voix éteinte, nez effilé, pouls misérable, toutefois encore assez sensible, soif vive, suppression urinaire presque complète. La peau garde quelque temps le pli qu'on lui imprime; sueurs modérées, mais non glaciales, ni poisseuses.

*Terminaison*. Dès le deuxième jour, quelquefois le troisième, les symptômes se sont amendés, la réaction s'est établie graduellement et sans phénomènes typhiques. Chez un malade, la réaction a été très-prononcée, avec symptômes congestifs, fièvre, délire et otalgie violente. Un seul a offert une complication de fièvre intermittente.

Le calomel et l'opium à petites doses ont bien réussi; aucun malade n'a succombé.

2e *trimestre*. — 1 décès de rémittente bilieuse.

3e *trimestre*. — 3 décès de rémittente bilieuse.

4e *trimestre*. — 1 décès de rémittente bilieuse.

## 1870 ET 1871.

Bien que, pendant ces deux années-là, on observât à plusieurs reprises des atteintes, qui ne nous paraissent avoir été que de la fièvre dont nous nous occupons, nous voyons que l'état sanitaire de la colonie ne fut pas mauvais. Les pyrexies furent moins nombreuses et moins intenses que d'ordinaire.

## 1872.

Cet état sanitaire favorable signalé pendant les années précédentes et qui s'était prolongé pendant presque toute l'année 1872, ne devait pas durer longtemps; et, en effet, en décembre, la goëlette la *Topaze*, venant de Surinam et en dernier lieu des îles et du Kourou, apporta la fièvre jaune à Cayenne, et fut, sinon l'origine, au moins marqua le commencement d'une épidémie qui devait faire d'assez nombreuses victimes. Voici quelques détails afférents à cette épidémie, puisés dans les lettres du chef du service de santé. Ils présentent d'autant plus d'intérêt que nous entrons dans une période où les faits se sont pressés

et sont venus à ma connaissance, plus précis et en plus grand nombre à cause de la proximité de leur date.

*Cayenne.* — 17 *décembre* 1872. — « Avant que la goëlette la *Topaze* ne commence son déchargement, j'ai l'honneur de vous demander de vouloir bien envoyer à Larivot, un médecin pour examiner ce qui a été fait pour désinfecter la cale de ce navire.

« Les cas de fièvre jaune qui ont été fournis par l'équipage de cette goëlette et par le militaire mort à l'hôpital et qui a contracté le germe de sa maladie pendant les quinze heures passées à bord de ce bâtiment exigent, en effet, que nous prenions toutes les précautions possibles pour détruire entièrement à bord de ce navire les germes de cette fièvre jaune. »

Nous avons eu à Cayenne, 15 cas de fièvre jaune, fournis tous par les matelots de la *Topaze* et par un militaire qui avait fait une traversée des Iles à Cayenne à bord de ce navire.

Il est mort aussi un homme d'Infanterie de marine à Kourou, peu après son arrivée de Cayenne.

27 *décembre* 1872. — M. Granger m'informe qu'il a eu trois militaires atteints de fièvre infectieuse à forme typhique, entrés à l'hôpital des Iles, les 1er et 14 décembre et qui sont aujourd'hui complétement guéris; qu'un soldat de la 7e compagnie qui n'avait pas voyagé à bord de la *Topaze* est entré à l'hôpital le 1er décembre et est mort le 21 de ce mois ; il a présenté des symptômes identiques à ceux observés chez deux des premiers malades dont il vient d'être question. Son autopsie a été faite. M. Granger dit qu'elle n'a rien présenté qui puisse permettre de caractériser sa maladie de fièvre jaune ou de typhus ; pour lui, c'est encore une fièvre infectieuse se rapprochant plus sensiblement de la forme typhique que d'une autre forme épidémique. Pour M. Granger, ce militaire très-disposé par son état de santé a contracter une maladie infectieuse a été contaminé par le court séjour qu'il a fait au milieu de ses camarades de la 22e compagnie.

M. Granger me signale encore la présence à l'hôpital des Iles-du-Salut de trois militaires entrés les 18, 21 et 22 décembre qui sont gravement malades, mais sur la maladie desquels il ne peut se prononcer. Le personnel de la transportation n'a présenté aucun malade suspect.

Les soldats gravement malades sont dans une salle à part; les convalescents sont dans une autre salle ; les précautions sanitaires sont mises en pratique d'une manière rigoureuse.

Aussi je vous propose de mettre les Iles-du-Salut en quarantaine, ainsi qu'il a été fait pour Kourou. Ces deux points mêmes ne doivent pas communiquer ensemble, puisque M. Granger n'est pas encore fixé sur la nature de la fièvre infectieuse qui règne aux Iles-du-Salut; les Iles devront s'abstenir de faire tout envoi de personnel et de matériel n'importe où ; la

correspondance devra être fumigée, avant de partir. On devra avertir tout navire venant au mouillage en passant sur la rade, de l'état sanitaire des Iles-du-Salut, de celui de Kourou, de Cayenne et de toute la colonie.

Je recommanderai aussi à M. Granger des précautions d'assainissement et de désinfection pour les effets des hommes du détachement et les localités habitées par eux. Ces opérations de désinfection seront faites dans le but de diminuer, autant que possible, le nombre des cas de cette fièvre.

31 *décembre* 1872. — L'état sanitaire de la Guyane n'est pas satisfaisant et peut donner des inquiétudes pour l'avenir.

Il y a eu à l'hôpital de Cayenne depuis le 27 novembre jusqu'au 10 décembre, 15 cas de fièvre jaune provenant tous de la goëlette la *Topaze*. 14 de ces cas ont été fournis par des matelots de ce navire et un cas par un militaire qui avait fait la traversée des Iles-du-Salut à Cayenne par cette goëlette.

Ces 15 cas de fièvre jaune ont donné trois décès, deux matelots et un soldat d'infanterie de marine; le dernier décès a eu lieu le 7 décembre et la dernière entrée à l'hôpital pour cette maladie date du 10 de ce mois.

Depuis le 30 décembre, deux militaires n'ayant pas voyagé à bord de la *Topaze*, n'ayant eu aucun rapport avec ce navire, et en traitement à l'hôpital, l'un depuis le 17 décembre, l'autre depuis le 25 décembre pour fièvre intermittente, présentent des symptômes qui, en tout autre temps, n'inspireraient pas d'inquiétude, mais qui, dans les circonstances présentes, me paraissent, depuis ce soir, devoir être rapportés à la fièvre jaune; un troisième militaire nouvellement arrivé de France et en traitement à l'hôpital depuis près de deux mois pour luxation du pied, présente depuis ce soir des symptômes non douteux de fièvre jaune; ce qui porte à 18 le nombre total des cas de cette maladie observés à l'hôpital de Cayenne; quinze, par contamination directe, trois de seconde main, c'est-à-dire chez des hommes n'ayant eu aucun rapport direct avec la *Topaze*.

*Roches*. — Sur le pénitencier des Roches (Kourou), il y a 2 décès, le dernier le 22 décembre, sur le détachement d'Infanterie de marine se composant de 15 hommes et qui avaient fait le voyage de Cayenne à l'Ile royale sur la goëlette la *Topaze*. L'aide-médecin auxiliaire chargé du service de santé sur ce pénitencier attribue le premier décès à la fièvre typhoïde et le second à la fièvre jaune. De plus, 8 ou 9 hommes de ce détachement ont été ou sont encore malades.

Un médecin de 2ᵉ classe envoyé sur ce pénitencier pour étudier la maladie, m'écrit à la date du 28 décembre : « Il m'est impossible, vu l'extrême réserve qui nous est imposée par les circonstances, de me prononcer, sans avoir longuement et consciencieusement examiné les malades. Tout ce que je puis vous dire, c'est que la maladie dont ils sont atteints n'est pas une

des formes de la fièvre paludéenne que l'on a si souvent l'occasion d'observer à Cayenne. Est-ce la fièvre jaune? J'en doute très-sérieusement. »

Pour moi, d'après la lettre de M. l'aide-médecin, chargé du service, écrite le 22, le second décès doit être attribué à la fièvre jaune. Jusqu'au 28, date des dernières nouvelles recrues, les soldats ont été les seuls à souffrir de cette espèce d'épidémie localisée dans la caserne; le reste du personnel libre et les transportés n'ont présenté que les fièvres ordinaires.

*Iles-du-Salut.* — Le médecin de 1re classe, chargé du service de santé aux Iles-du-Salut, m'annonce à la date du 23 décembre qu'il y a eu depuis le commencement du mois, 7 militaires atteints de fièvre infectieuse à forme typhique. Sur ces malades, 6 avaient fait la traversée de Cayenne aux Iles-du-Salut, à bord de la goëlette la *Topaze;* 3 étaient guéris à la date de sa lettre; 3 autres étaient encore gravement malades.

Le septième, qui n'avait pas voyagé à bord de ce navire, a succombé le 21 décembre.

Les cas observés à Cayenne n'ayant présenté aucun doute sur la réalité de la fièvre jaune, je suis porté à penser que les cas de Kourou et ceux des Iles-du-Salut doivent être rapportés à cette même maladie.

Tous les hommes atteints, à l'exception de 4, avaient passé à bord de la *Topaze.*

Toutes les précautions ont été prises contre la *Topaze*, qui a été envoyée au lazaret de Larivot, aussitôt la nature de la maladie reconnue, pour y subir une désinfection complète et autant que possible dans les Établissements de la Colonie, pour y circonscrire la maladie.

L'interruption de communication avec la *Topaze*, et son éloignement de Cayenne ne m'ont pas permis de rechercher quelle est l'origine réelle de cette épidémie.

Dr Senelle.

## 1873.

Pour nous rendre compte de l'état sanitaire de la colonie pendant cette année, nous allons encore fournir quelques extraits des lettres et des rapports de M. le Dr Senelle, qui a rempli les fonctions de chef du service de santé jusqu'au mois d'avril, moment où il fut remplacé par M. le médecin en chef Gourrier.

2 *janvier* 1873. — M. Granger annonce que la fièvre jaune règne aux Iles-du-Salut, mais il ne fait remonter l'apparition de cette maladie qu'au 29 décembre. Je ne puis admettre cette manière de voir, les cas des premiers jours de décembre étant aussi de la fièvre jaune.

M. Granger me cite comme malades ayant eu la fièvre :

2 marins, du *Casabianca* (quartier-maître, mort le 31 décembre de l'après-midi).

1 Matelot, très-mal en ce moment.

1 Infirmier de salle des militaires (transporté), entré à l'hôpital, le 30 décembre.

1 militaire de la 22e compagnie, entré à l'hôpital, le 30 décembre.

Mais pour moi, le nombre des cas est plus considérable.

A Cayenne, un malade en traitement à l'hôpital, depuis près de deux mois, a été pris de fièvre, dans la nuit du 30 décembre, et le lendemain tous les symptômes de la fièvre jaune ont été reconnus. Ce cas nous montre que le germe de la maladie se trouve dans l'hôpital.

20 *janvier* 1873. — A la date du 15 janvier, M. Granger me dit que l'état sanitaire va s'aggravant tous les jours et que la maladie prend des caractères de gravité et de rapidité de marche inquiétante pour l'avenir et, depuis le 7 janvier, dans la journée, jusqu'au 13 janvier inclusivement, la compagnie d'Infanterie de marine a fourni onze entrées à l'hôpital. Sur ces onze malades, il y a eu 7 cas de fièvre jaune et quatre autres maladies diverses sans gravité. Il y a eu 3 décès.

23 *janvier* 1873. — A la date du 22 janvier, l'état sanitaire des Iles-du-Salut ne s'est nullement amélioré ; au contraire, depuis le 18, date de la dernière lettre dont je vous ai fait l'analyse, les mouvements suivants ont eu lieu :

| | | |
|---|---|---|
| 4 | militaires | décédés, |
| 2 | — | entrés, |
| 2 | — | sortis, |
| 3 | — | en traitement, |

le tout pour fièvre jaune.

28 *janvier* 1873. — L'état sanitaire des Iles-du-Salut, loin de s'améliorer, s'est au contraire aggravé ; les entrées à l'hôpital se succèdent constamment ; les décès se suivent et il est impossible de pouvoir prévoir quand et comment cette épidémie se terminera.

Résumé des mouvements à l'hôpital militaire en ce qui concerne la fièvre jaune et les compagnies d'infanterie de marine, depuis le 22 janvier jusqu'au 26 :

| | |
|---|---|
| Existans. . . | 3 plus le lieutenant. |
| Sorti. . . . . | 1 |
| Décédés. . . | 2 |
| Entrés. . . . | 10. |

M. le capitaine Lestrade a été pris, dans la nuit du 24 au 25, d'un fort

accès de fièvre. Le 27, il est mieux, mais il lui reste une grande faiblesse.

13 *février* 1873. — Il y a eu 3 nouveaux décès aux Iles-du-Salut, mais du 28 janvier jusqu'au 8 février, il n'y a eu que 2 entrées à l'hôpital, pour fièvre jaune.

Tous les officiers, eux aussi, ont été plus ou moins malades. M. Roumieu est entré à l'hôpital pour une fièvre rémittente bilieuse ; il a repris son service le 8 février. M. Le Pivain est resté également à l'hôpital deux jours, pour fièvre rémittente légère.

Du côté de la transportation, rien à signaler relativement à la fièvre jaune; seulement, par suite des grands vents du nord, la mortalité est nombreuse sur les Arabes provenant du dernier convoi arrivé par la *Cérés*. (Phthisie pulmonaire et diarrhée chronique.)

A la date du 10 février, M. Granger m'écrit : « L'état sanitaire paraît s'améliorer; je n'ai plus à l'hôpital qu'un seul soldat, entré le 24 janvier et qui est tout à fait convalescent d'une fièvre jaune très-grave et complète. Pas de malades à la caserne, ni dans le reste du personnel libre. »

Rien à la transportation, relativement à la fièvre jaune.

A Cayenne, il y a eu 2 nouveaux cas de fièvre jaune sur 2 militaires d'infanterie de marine, terminés par la mort, tous les deux le 13 février.

M. Riche, médecin du lazaret de Larivot, a été indisposé par une diarrhée bilieuse et des nausées.

28 *février*. — L'état sanitaire de la Guyane, après avoir été mauvais pendant près de trois mois, s'améliore depuis quelques jours. La fièvre jaune, dont les premiers cas avaient été constatés le 27 novembre à Cayenne, sur des marins de la goëlette de l'État la *Topaze*, et sur des militaires de l'infanterie de marine qui avaient voyagé à bord de cette goëlette, avait pris la forme épidémique dès les premiers jours de décembre à Cayenne et dans le courant du même mois au pénitencier des Roches (Kourou) et des Iles-du-Salut.

*Cayenne*. — A Cayenne, la maladie atteignit de suite son summum d'intensité. Ainsi, du 27 novembre au 10 décembre, 15 cas ont été observés : 14 sur des marins de la *Topaze* et 1 sur un militaire d'infanterie de marine qui avait fait la traversée des Iles-du-Salut à Cayenne, à bord de cette goëlette. 15 cas ont donné lieu à 3 décès, 2 matelots et 1 soldat. Du 10 au 30 décembre, aucun nouveau cas.

Le 30 *décembre*. — 2 cas se déclarent à l'hôpital ; le 31, nouveau cas sur des militaires. Ces deux hommes n'avaient pas voyagé à bord de la *Topaze*.

Ces 3 cas se sont terminés par la guérison. Un matelot du *Casabianca* annexe, sorti de l'hôpital le 10 janvier et qui avait été embarqué à bord de la *Topaze*, entre à l'hôpital le 13, atteint de fièvre jaune et meurt le 17 du même mois.

Le 18 janvier, je constatais 2 cas en ville, datant déjà de plusieurs jours, sur des personnes nouvellement arrivées de France. L'un de ces cas, assez léger, s'est terminé par la guérison le 23 janvier. L'autre, beaucoup plus grave, s'est terminé aussi par la guérison, mais beaucoup plus tardivement.

Le 24, nouveau cas constaté à l'hôpital sur un militaire d'infanterie de marine entré le 22 janvier ; cas insidieux dans son début, qui a été très-grave, mais qui s'est terminé par la guérison. Le malade a pu être considéré, le 20 février, comme n'étant plus atteint de maladie contagieuse, et il a été remis dans la salle commune le 21 au matin.

Le 7 février, cas constaté sur un Arabe de la transportation, entré à l'hôpital le 24 janvier pour fièvre rémittente bilieuse, terminé par la guérison, le 20 février, le malade a été remis dans la salle commune.

9 février, nouveau cas observé sur un militaire sorti de l'hôpital le 27 janvier, cas des plus graves, terminé par la mort le 13 février.

11 février, nouveau cas observé sur un militaire qui n'était pas à l'hôpital depuis sept ou huit mois, terminé par la mort le 13 du même mois.

Ainsi, en résumé, du 27 novembre 1872 à ce jour, il a été observé, à l'hôpital de Cayenne et dans la ville, 25 cas de fièvre jaune.

14 sur des marins de la *Topaze*.
1 — *Casabianca* annexe.
7 sur des militaires d'infanterie de marine.
1 sur un Arabe transporté.
2 en ville.

Ces 25 cas ont donné lieu à 6 décès, de là une proportion de 24 p. 100 des atteints. Le dernier décès date du 13 février, et la convalescence confirmée du dernier cas guéri, du 20 février.

La *Topaze*, envoyée au lazaret de Larivot, aussitôt après constatation des premiers cas, y a subi une désinfection aussi complète que possible ; elle a été désarmée, entièrement déchargée de tout son matériel, excepté la quantité de lest strictement nécessaire pour assurer la stabilité du navire, a été lavée à plusieurs reprises avec une solution de chlorure de chaux au 7e, etc.

Cette goëlette a quitté le lazaret le 2 janvier et a été admise à la libre pratique le 9 janvier. Depuis ce jour, elle n'a pas fourni de nouveaux cas de fièvre jaune, car le matelot du *Casabianca* annexe qui a été pris de cette maladie, après vingt-quatre heures d'embarquement à bord de cette goëlette, provenait de l'hôpital, et il est plus naturel de supposer qu'il a pris le germe de la maladie à l'hôpital plutôt qu'à bord de la *Topaze*.

*Casabianca*. — L'aviso à vapeur le *Casabianca* n'a eu que quatre cas, un quartier-maître mécanicien et un matelot laissés aux Iles-du-Salut et morts tous les deux, l'un le 31 décembre et l'autre le 2 janvier ; et deux autres marins morts au lazaret de Larivot, l'un le 13 février et l'autre le 18

Cet aviso a subi au lazaret une purification aussi complète que possible ; il a quitté le lazaret le 15 février et a été admis à la libre pratique avec la ville, le 18 février.

Depuis cette époque, il n'y a pas eu de nouveau cas.

*Lazaret de Larivot.* — Il ne reste au lazaret de Larivot que 3 marins du *Casabianca* atteints de maladies autres que la fièvre jaune. Le dernier cas de cette affection observé dans ce lieu, s'est terminé par la mort le 18 février.

*Pénitencier des Roches* (Kourou). — Sur un petit détachement de 15 hommes d'infanterie de marine, 11 ont été atteints de fièvre jaune. Les premiers cas ont été insidieux ; ainsi le premier décès a été attribué à la fièvre typhoïde, ce qui me paraît difficilement admissible, car la maladie n'a duré que cinq jours. Je n'ai pas hésité dès le premier moment à rapporter tous ces cas à la fièvre jaune. Le premier décès a eu lieu le 7 décembre 1872, le deuxième le 22 et les deux derniers le 31 décembre.

Depuis cette époque, aucun symptôme de fièvre jaune n'a été observé sur ce pénitencier.

Proportion des décès : 36,35 p. 100 des atteints.

*Iles-du-Salut.* — C'est sur ce pénitencier que la maladie a sévi avec le plus d'intensité. Les débuts ont été insidieux, au point que le médecin de première classe chargé du service de santé sur ce pénitencier, attribue les 2 premiers décès, l'un à une fièvre infectieuse à forme typhique et l'autre une fièvre pernicieuse à forme ataxique, et il caractérise les 5 premiers cas de fièvre infectieuse à forme typhique. M. le chef du service de santé ne fait dater le premier cas que du 29 décembre, et il le constate chez un transporté arrivé dans la colonie depuis trois mois, et employé comme infirmier dans l'hôpital militaire où étaient couchés des soldats atteints de cette fièvre.

Je n'ai jamais admis cette manière d'interpréter les faits. Si l'infirmier chargé de faire le service dans la salle des militaires a contracté la fièvre jaune, c'est que ces militaires l'avaient.

Je fais remonter le premier cas au 1er décembre. Depuis cette époque, jusqu'au 25 février, il a été observé aux Iles-du-Salut, 44 cas de fièvre jaune : 12 en décembre 1872, 30 en janvier 1873 et 2 en février, répartis de la manière suivante :

| | | |
|---|---|---|
| Militaires d'infanterie de marine. . . . | 38 | 44 |
| Marins du *Casabianca*. . . . . . . . . | 2 | |
| Surveillant. . . . . . . . . . . . . . . | 1 | |
| Sœur de Saint-Paul de Chartres. . . . | 1 | |
| Transportés. . . . . . . . . . . . . . | 2 | |

Ces 44 cas ont donné 20 décès, ainsi répartis :

| | | |
|---|---|---|
| Militaires d'infanterie de marine. . . . | 15 | |
| Marins du *Casabianca*. . . . . . . . . | 2 | |
| Sœur de Saint-Paul de Chartres. . . . | 1 | 2 |
| Surveillant. . . . . . . . . . . . . . . | 1 | |
| Transporté. . . . . . . . . . . . . . . | 1 | |

Proportion : 45,45 p. 100 des atteints.

Depuis les premiers jours du mois de février, l'état sanitaire des Iles-du-Salut s'est amélioré sensiblement. Aussi M. le chef du service de santé m'annonce, à la date du 25 février, que depuis hier l'hôpital militaire est complétement évacué ; le dernier soldat qu'il y avait conservé, a été envoyé hier à Saint-Joseph pour terminer sa convalescence.

M. le chef du service de santé des Iles, fait compter du 5 février le moment où cet homme pouvait être considéré comme n'étant plus un agent de contamination, c'est-à-dire vingt-quatre heures seulement après la cessation de l'hémorrhagie passive de la bouche: je n'admets pas cette opinion. Je pense qu'il faut retarder de quinze jours au moins ce moment, et ne considérer ce soldat comme guéri de la fièvre jaune, qu'à la date du 20 février. M. Granger continue : « Le dernier cas de fièvre jaune que nous avons eu aux Iles-du-Salut a porté sur un caporal d'infanterie de marine, entré à l'hôpital le 3 février à 3 heures du soir et décédé le 7 février à 4 heures de l'après-midi. L'état sanitaire général est aussi satisfaisant que possible ; plus un malade dans la compagnie d'infanterie de marine. Dans le reste du personnel libre, la santé de tous est très-bonne. Enfin, dans le personnel de la transportation, il y a le mouvement ordinaire de l'hôpital ; mais rien à signaler relativement à la fièvre jaune. » (Dr Senelle.)

11 *Mars* 1873. — Un fait peut modifier l'état sanitaire. Un sous-officier d'infanterie de marine en traitement à l'hôpital depuis le 20 janvier, pour otite double, a été pris le 27 février, à dix heures du soir, d'une fièvre compliquée de céphalalgie, de douleurs lombaires, d'injection des conjonctives et du tégument, laquelle fièvre dure encore. Craignant l'existence de la fièvre jaune, chez ce sous-officier, je l'ai fait examiner par le Conseil de santé.

Le Conseil de santé appelé à statuer, après l'examen du malade, déclare qu'il y a lieu de le signaler comme suspect de fièvre jaune, sans pouvoir cependant établir aucune certitude sur la nature de la fièvre continue dont il est atteint depuis trente-six heures.

Dans les derniers jours de mars, M. le médecin en chef Gourrier prenait la direction du service de santé de la Guyane, et, après avoir examiné la situation, il adressait, à la date du 31 du mois, le rapport sommaire ci-après.

L'état sanitaire de la Guyane française, qui semblait s'améliorer à la date du dernier rapport qui a été adressé à l'administration le 6 mars, s'est aggravé d'une manière sensible, depuis cette époque, jusques aujourd'hui. 11 nouveaux cas de fièvre jaune ont été observés, 1 le 7 mars, mort le 9 à une heure trois-quarts du matin, 2 le 10 mars (un caporal d'infanterie de marine, mort le 12 à onze heures du matin), 1 transporté, en traitement à l'hôpital depuis le 16 février, mort le 10 mars, onze heures du soir ; 1 sur un frère, coadjuteur de la Compagnie de Jésus, entré à l'hôpital le 11 mars, considéré comme en convalescence confirmée le 20 du même mois ; 1 sur un matelot, planton à l'hôtel du Gouvernement; entré à l'hôpital le 20 à neuf heures du soir, mort le 24 à trois heures du soir; 1 le 11 mars, sur un militaire d'infanterie de marine, encore en traitement ; 1 le 23 mars, sur un soldat d'infanterie de marine, encore en traitement; 2 le 24 mars, 1 sur un soldat d'infanterie de marine, encore en traitement, et 1 sur un artilleur, encore en traitement ; 1 le 25 mars, sur un surveillant, encore en traitement (cas léger se bornant à la première période) ; 1 le 28 mars, sur un artilleur, encore en traitement (cas très-grave, probablement mortel).

Ainsi, en résumé, au 31 mars 1873, il a été observé à l'hôpital de Cayenne, 11 cas de fièvre jaune, sur lesquels 4 décès, 1 guéri et 6 en traitement.

Le dernier décès date du 24 mars 1873, trois heures du soir ; la dernière entrée à l'hôpital, du 28 mars, deux heures du soir.

Il y a aujourd'hui 6 malades en traitement, 1 très-mal, 1 mal, 3 assez bien, 1 bien.

Aucun nouveau cas n'a été signalé d'aucun autre point de la colonie.

(D^r Gourrier).

*Rapport sommaire du mois d'avril.* (31 avril.)

Du 28 mars au 30 avril, il y a eu 6 cas de fièvre jaune, dont 2 décès ; 4 hommes sont encore en traitement, mais 3 sont en voie de guérison ; 1 est encore gravement malade.

Le dernier décès date du 23 avril.

La dernière entrée à l'hôpital, du 29.

Aucun cas n'a été signalé ni en ville, ni dans les environs, ni sur aucun autre point de la colonie. (Gourrier.)

*Rapport sommaire de la marche de la fièvre jaune à la Guyane, pendant le mois de mai.*

Le 30 avril, il y avait à l'hôpital de Cayenne, 4 malades atteints de fièvre jaune; c'étaient 3 soldats et 1 sergent d'infanterie de marine, ils avaient été admis à l'hôpital à la date des 24, 25 et 29 avril. Tous ces hommes ont guéri et ont repris leur service, un le 12, un le 13, un le 20 et un le 9 mai. Pendant le mois de mai, 7 nouveaux cas de fièvre jaune ont été observés. 1 le 12 mai, sur un artilleur, mort le 13. Cet homme n'a pas succombé à la fièvre jaune, il pouvait être considéré comme guéri de cette affection, lorsque s'étant imprudemment endormi dans un grand courant d'air, il a contracté une pneumonie qui a rapidement déterminé la mort.

1 le 3 mai, sur un soldat d'infanterie de marine, mort le 8 mai.

1 le 10, sur un soldat d'infanterie, mort le 24.

1 le 22, sur un soldat, mort le 26.

Cet homme était depuis dix jours à l'hôpital pour une plaie non pénétrante de la poitrine, qu'il s'était faite volontairement avec un sabre-baïonnette, lorsqu'il a présenté les premiers symptômes de l'affection à laquelle il a succombé.

Un fait analogue s'était produit, pendant le mois d'avril, sur un artilleur qui était à l'hôpital, pour des accidents syphilitiques, depuis huit jours, lorsqu'il fut atteint de fièvre jaune.

1 le 22 mai, sur une sœur de l'hôpital de Cayenne, morte le 26 mai. Cette sœur ne faisait pas de service dans les salles et n'était à Cayenne que depuis peu de temps. Atteinte de bronchite chronique et profondément anémiée, elle avait été proposée pour un congé de convalescence et devait prochainement partir pour la France.

1 le 22 mai, sur un soldat d'infanterie de marine, il est encore en traitement, mais peut être considéré comme hors de danger.

1 le 28 mai, sur un soldat d'infanterie de marine malade, dont l'état est très-grave.

En résumé, du 29 avril au 30 mai, il a été observé à l'hôpital de Cayenne 7 cas de fièvre jaune.

Il y a eu 5 décès. Deux malades sont encore en traitement. Un en voie de guérison, un dont l'état est très-grave.

Tous ces cas, à l'exception de celui de la sœur, ont été constatés sur des hommes appartenant à l'artillerie et à l'infanterie de marine qui habitent la même caserne.

Les deux derniers décès datent du 26 mai.

La dernière entrée est du 28 mai. Aucun cas n'a été signalé ni en ville, ni dans les environs, ni dans les établissements pénitentiaires.

(Dr Gourrier.)

*Rapport du mois de juin.*

Le 30 mai, il y avait à l'hôpital deux malades atteints de fièvre jaune, l'un est mort le 31 mai, l'autre est sorti guéri le 7 juin.

Dans le mois de juin, 13 cas de fièvre jaune ont été constatés à Cayenne, dont 12 à l'hôpital militaire et 1 en ville.

Les cas observés à l'hôpital militaire ont eu lieu :

1 le 2 juin, sur un caporal d'infanterie, sorti guéri le 26.
1 le 7 — sur un soldat d'infanterie, sorti guéri le 26.
1 le 14 — sur caporal, mort le 15.
1 le 15 — sur un soldat, mort le 19.
1 le 16 — sur un soldat, mort le 21.
1 le 18 — sur un caporal, mort le 19.
1 le 19 — sur un matelot de l'*Étoile*, mais embarqué en subsistance sur l'*Économe*, descendant très-fréquemment à terre et sans doute en relation habituelle avec les soldats d'infanterie de marine, peut être considéré comme guéri.
1 le 19 — sur un soldat, convalescent.
1 le 20 — sur un soldat, convalescent.
1 le 21 — sur un soldat, mort le 26 juin.
1 le 27 — sur un soldat en traitement, état très-grave.
1 le 29 — sur un soldat en traitement, état très-grave.

En résumé, depuis le 30 mai, 13 cas de fièvre jaune ont été observés à Cayenne.

Il y a eu 7 décès, dont 1 le 31 mai.

Le dernier décès est du 26 juin.

La dernière entrée à l'hôpital est du 29 juin. Il y a en ce moment cinq hommes en traitement à l'hôpital pour cette affection, dont trois convalescents et deux très-gravement malades. (Gourrier.)

28 *juillet* 1873. — Le 29 juin, il y avait à l'hôpital de Cayenne 5 malades atteints de fièvre jaune.

Du 29 juin au 28 juillet exclusivement, 18 cas de fièvre jaune ont été constatés à Cayenne. 1 sur un soldat d'artillerie, 15 sur des soldats d'infanterie et 2 sur des transportés.

Ces 18 cas ont donné lieu à 7 décès, dont 5 sur des soldats d'infanterie de marine et 2 sur des transportés Arabes.

Deux malades seulement sont encore en traitement. Deux autres, quoique n'étant pas encore sortis de l'hôpital, sont complétement guéris.

Le dernier décès est du 25 juillet.

La dernière entrée est du 27.

Dans le but d'évacuer la caserne de l'infanterie de marine, une compagnie a été envoyée, le 10 juillet, sur une des Iles-du-Salut (l'Ile Saint-Joseph). Deux cas de fièvre jaune ont été constatés sur les hommes de cette compagnie, le 12 juillet. Un est mort le 18, l'autre est guéri.

C'est aussi à Saint-Joseph qu'on envoie tous les soldats convalescents de fièvre jaune, en sortant de l'hôpital, pour empêcher la contamination de la caserne de Cayenne.

On apprend que M. d'Hubert, chargé du service médical à Saint-Joseph, est malade depuis hier et quatre soldats sont atteints de fièvre jaune.

28 *août* 1873. — Le 28 juillet, il y avait à l'hôpital, 4 hommes atteints de fièvre jaune. Un seul est mort le 29; les trois autres ont été évacués à Saint-Joseph.

Du 28 juillet au 28 août, 32 cas de fièvre jaune ont été constatés à Cayenne et observés :

18 sur les soldats d'infanterie de marine.
1 brigadier d'artillerie.
1 gendarme.
1 surveillant.
10 transportés, dont 5 Arabes et 5 Européens.
1 aide-méd. auxiliaire, M. Cauvet, arrivé à la Guyane au mois de juillet.

Il y a eu 19 décès, dont :

| | |
|---|---|
| Infanterie de marine. . | 12 |
| Artillerie. . . . . . . . | 1 |
| Gendarmerie. . . . . . | 1 |
| Transportés. . . . . . . | 5 |

14 malades sont encore en traitement à l'hôpital.

Le dernier décès est du 27 août, et la dernière entrée du 27.

A l'Ile Saint-Joseph, 5 cas de fièvre jaune ont été constatés sur les soldats ; un mort.

—

A partir de cette époque, nous manquons de renseignements précis. Nous savons seulement que la maladie est allée en s'affaiblissant pour faire place, à la fin de l'année, à des cas atténués, sous forme de typhoïde bilieuse.

## 1874.

La fièvre jaune qui régnait en 1873, diminua d'intensité en 1874, et bientôt fit place, disaient les médecins employés à Cayenne dans ce moment, à la fièvre typhoïde bilieuse qui commença à se montrer au commencement de l'année, sévissant presque exclusivement sur les troupes arrivées de France. On me permettra de prendre acte de cette déclaration, car on sait par ailleurs que souvent la fièvre jaune passe par l'aspect typhoïde lorsqu'elle diminue d'intensité, et que la phase épidémique s'améliore. Ces faits, signalés par le Dr Bertulus, par M. l'inspecteur Walther, depuis longues années, sont assez connus pour n'avoir plus besoin d'être discutés, et je pourrai m'appuyer sur eux pour montrer la parenté étroite qui existait entre la maladie de 1873 et celle de 1874 sur la garnison de la Guyane.

Voici la description de la dernière forme, donnée par M. le Dr Dupont, chargé du poste du Maroni, au moment qui nous occupe.

Une compagnie de 95 hommes débarque sur le pénitencier de Saint-Laurent, du Maroni, le 23 mai 1874, venant des Iles-du-Salut, où elle a tenu garnison pendant trois mois et où l'état sanitaire est satisfaisant.

Du 24 mai au 6 juin, il n'y eut pas un seul malade. A cette date, deux soldats entrent à l'hôpital, atteints de fièvre continue : le lendemain, six autres, offrant les mêmes symptômes que les premiers, sont dirigés sur l'hôpital. Le 10 juin, trente-trois soldats ou sous-officiers ; le 21, trente-sept autres étaient entrés à leur tour, présentant des symptômes identiques, et nous comptions un décès.

Début brusque au milieu d'une santé parfaite, avec céphalalgie sus-orbitaire et temporale, s'irradiant quelquefois dans tout le crâne ; face fortement colorée, comme dans l'insolation, injection allant parfois jusqu'au rouge-violet, quelquefois le tégument participait presque en entier à cette coloration. Yeux toujours brillants, pupilles largement dilatées, conjonctives d'un rouge vif, simulant dans quelques cas l'inflammation aiguë de cette muqueuse, mais pas de photophobie. Rachialgie et douleurs lombaires très-intenses, accusées par les malades comme plus vive encore que la céphalalgie ; douleur à l'épigastre, exaspérée par la pression, crampe dans les mollets, démarche titubante. Langue large, humide, très-sale, haleine fétide, rappelant parfois celle de la viande altérée. Nausées et vomis-

sements bilieux, variant du jaune gomme-gutte au vert-foncé. Peau toujours chaude, brûlante et sèche. Pouls plein, dur, vibrant, oscillant entre 100 et 120.

Cet appareil fébrile, d'une durée variable de 60 à 80 heures, j'ai observé un cas où la fièvre a duré 102 heures (4 jours et 6 heures), n'était amendé ni par les évacuants mal tolérés, ni par les vomitifs, ni par les sédatifs.

La quinine seule ou associée aux opiacés et donnée aussitôt après que l'on croyait saisir un peu de rémission, n'a pu empêcher la marche continue de la fièvre.

Pendant cette première période, des malades ont eu du délire bruyant, d'autres sont tombés dans le coma, deux ont présenté des taches ardoisées sur le thorax et les membres ; un enfin, a eu des épistaxis difficiles à arrêter. Après un temps variable, la fièvre cédait lentement avec des sueurs abondantes, souvent d'une odeur nauséeuse, parfois même fétide, laissant le malade dans un état de faiblesse extrême. Après la chute de la fièvre, les symptômes principaux étaient : inappétence absolue, dégoût pour toutes sortes d'aliments, soif presque nulle, décoloration de la peau, qui est devenue fréquemment d'un blanc mat ; faiblesse musculaire extrême, tendance à la syncope pour le moindre déplacement, et c'est notamment chez les hommes les plus vigoureux que nous avons noté ce phénomène. Pouls ralenti et tombé presque invariablement au-dessous de 60 (chez un malade, a baissé jusqu'à 48), se maintenant pendant plusieurs jours à ce rhythme et ne remontant qu'avec une extrême lenteur. La plupart de ces malades se sont relevés avec peine, la durée de la convalescence a été en raison directe de l'intensité de la maladie ; chez tous, la guérison a été lente à obtenir, et même chez les moins malades, l'organisme a été fortement ébranlé. Quelques-uns, en petit nombre, ont pu reprendre assez rapidement leur service, d'autres, après un temps variable, mais ordinairement fort court, ont eu des accès intermittents franchement dessinés, enrayés par le sulfate de quinine, mais reparaissant avec opiniâtreté, dès qu'on cessait l'emploi de l'antipériodique.

Un fait à signaler, c'est qu'un détachement de neuf hommes en service à Saint-Pierre, poste situé à 7 kilomètres du pénitencier, a été épargné de la façon la plus absolue, et les militaires qui le composaient, ne sont tombés malades qu'à leur retour à Saint-Laurent, après avoir passé un mois tout entier sans indisposition sur le premier point.

Chez une quinzaine qui nous ont offert les symptômes typhoïdes, la marche de la maladie a été différente. Après la période du début, vers le quatrième ou cinquième jour de la maladie, il y a eu quelques rémissions dans les symptômes, mais la fièvre n'a pas cédé. Le masque a pâli et la face a pris alors une expression de stupeur et d'hébétude caractéristiques. La langue est devenue sèche, rôtie, quelquefois fendillée ; des douleurs abdomi-

nales, d'abord vagues et générales, se sont plus nettement localisées surtout dans la fosse iliaque droite et sur le trajet du côlon ascendant. Les uns ont présenté la forme adynamique, le pouls est alors tombé à 54-50, et s'est maintenu parfois à ce chiffre pendant tout le cours de la maladie ; chez d'autres, qui ont offert la forme ataxique, la maladie a été plus longue et plus grave, nous avons observé du délire intermittent ou continu, et le pouls a été noté au-dessus de 150.

On verra plus loin combien cette description ressemble à celle que nous donnerons de la maladie qui nous occupe.

M. Dupont dit qu'une seule cause reste patente, irrécusable, l'intoxication maremmatique, favorisée par des perturbations atmosphériques. Je suis surpris que des hommes, habitant Saint-Pierre, à 4 kilomètres de Saint-Laurent, pays tout au moins aussi marécageux, où les conditions atmosphériques sont les mêmes, soient épargnés et qu'ils soient obligés de revenir habiter Saint-Laurent pour contracter la maladie.

La même observation fait remarquer que cette compagnie n'avait que huit mois de colonie lorsqu'elle arriva sur l'Établissement, et que ces hommes n'avaient eu antérieurement, à trois ou quatre exceptions près, aucune entrée dans les hôpitaux de la colonie, pour fièvre intermittente.

## ANNÉE 1875.

A Cayenne, la fièvre jaune n'avait pas été signalée, mais au Maroni, après avoir fait place à la rémittente typhoïde, elle reparaît avec intensité.

Nous n'avons pas de documents précis, mais nous en voyons la preuve dans les décès.

Au mois d'août 1875, on signale sur les statistiques :

8 décès par fièvre jaune.

2 par rémittente bilieuse, à forme typhoïde.

Au mois de septembre :

1 décès par fièvre jaune.

2 par rémittente bilieuse, à forme typhoïde.

7 par rémittente bilieuse.

Au mois d'octobre :

On ne signale pas de décès par fièvre jaune, mais 4 par fièvre bilieuse.

Au mois de novembre :

1 fièvre rémittente bilieuse.

1 fièvre bilieuse.

Il est mort cette année au Maroni 15 soldats.

## ANNÉE 1876.

*Cayenne.* — Au mois de mars 1876, l'aviso *Casabianca*, venant du Maroni où il avait communiqué et où on ne signalait pas la fièvre jaune, mais une fièvre spéciale, fièvre à rechutes et typhoïde bilieuse, est arrivé à Cayenne présentant quelques malades, avec un décès. Le médecin du bord appelait l'attention sur cette fièvre ; il ne savait pas comment l'appeler, disait-il, mais elle lui paraissait grave.

Cet aviso est parti pour un voyage de quelques semaines au Para, il est revenu présentant des cas semblables à ceux qu'il avait en partant, mais plus accusés. Quelques jours après, la fièvre jaune fut déclarée à bord.

Tout porte à croire que c'est bien au Maroni que cette maladie avait été contractée, et non au Para, car les soldats d'infanterie de marine qui accompagnaient le Gouverneur, avaient séjourné à terre au Brésil et aucun d'eux n'a été malade ; l'équipage seul a été cruellement frappé. La maladie qui existait déjà à bord, avant le départ pour le Para, n'avait fait que se développer à bord.

Cette épidémie fut localisée au *Casabianca*, et bien que 3 ou 4 hommes soient morts à l'hôpital de Cayenne, avant que la maladie ne fût reconnue, elle ne prit aucune extension, ni en ville, ni à l'hôpital.

Ceci se passait vers le mois d'avril, et on ne signale rien dans l'état sanitaire de Cayenne jusqu'au mois de novembre. C'est à ce moment qu'on vit un jeune médecin de la marine enlevé par une maladie qui avait été appelée alternativement : insolation, rémittente bilieuse et, enfin, fièvre jaune. Dans le courant du troisième trimestre, une maladie régnait au Maroni, qui faisait de grands ravages. Aussi deux industriels, ayant pris passage

récemment sur le vapeur *Maroni*, la sœur supérieure du couvent de Saint-Joseph, qui venait de recevoir des sœurs du couvent du Maroni, où le fléau faisait des ravages, furent pris et succombèrent à la véritable fièvre jaune. A peu de temps de là, l'infanterie de marine fut prise et l'épidémie déclarée.

*Maroni.* — La fièvre jaune avait diminué d'intensité et pendant tout le premier trimestre de cette année, M. Maurel, alors chef du service de santé au Maroni, crut reconnaître la fièvre à rechutes et la typhoïde bilieuse. Quelques décès de fièvre jaune figurent cependant sur les statistiques; et il est probable que l'épidémie du *Casabianca*, qui était bien la fièvre jaune, avait été contractée au Maroni.

Dans le deuxième trimestre 1876, nous trouvons 2 décès par fièvre bilieuse grave, 1 par rémittente bilieuse grave.

*Fièvre bilieuse grave.* — Lagrange, transporté Européen, entré le 20 avril, à 11 heures du matin, sans renseignements. Ictère très-prononcé, parole difficile, respiration entrecoupée, pouls irrégulier, petit, entre 80 et 100. Le malade se plaint de céphalalgie, douleurs lombaires, épigastralgie, vomissements de matière noire, ayant l'aspect de marc de café. Cette matière noire, au microscope, présente des globules sanguins en quantité considérable. La langue est rouge sur les bords, noire au milieu. Mort dans le coma à quatre heures.

A l'autopsie, foie gorgé de sang, volume accru, consistance diminuée, le doigt y pénètre facilement; rate volumineuse, estomac rempli de la matière noire des vomissements.

Au mois de juin, M. Infernet remplace M. Maurel, et il constate une maladie qu'il appelle alternativement fièvre à rechutes, fièvre typhoïde bilieuse, rémittente bilieuse et enfin typhus amaril. Voici quelques-unes des lettres du chef de service :

25 *juin.* — « Une femme, nouvellement arrivée, entrée à l'hôpital le 2 juin, a succombé le 22 des suites de fièvre typhoïde bilieuse. Au début de la maladie, elle a présenté les symptômes de catarrhe gastro-duodénal et une vive sensibilité au niveau de l'épigastre, du foie et de la rate. Dans le courant de la première semaine, la fièvre a présenté des rémissions et des exacerbations irrégulières, mais il n'y a eu aucune tendance à l'amélioration. Huit jours après son entrée à l'hôpital, un état typhoïde s'est montré avec des phénomènes d'une extrême gravité : suffusion ictérique, adynamie profonde, hémorrhagies par les gencives, par les muqueuses

gastriques et intestinales. La suppression urinaire a eu lieu la veille de a mort. Le thermomètre a été constamment à 39 et à 40, mais n'a pu arrêter la marche de cette maladie.

Sept sont actuellement à l'hôpital ; elles sont atteintes de fièvres rémittentes, avec symptômes gastriques au début et présentant une vive sensibilité au niveau de l'épigastre, de la rate et du foie.

10 *juillet.* — L'épidémie de fièvre typhoïde bilieuse qui sévissait sur les femmes nouvellement arrivées dans la colonie depuis deux mois, semble avoir cessé depuis quelque temps. Cependant une femme, entrée le 17 juin, est morte le 30, de suite de fièvre à rechute. Une autre femme de ce convoi, entrée le 12 juin, est atteinte de fièvre typhoïde bilieuse et est encore dans un état très-grave.

Chez les blessés, de violents accès de fièvre font que les plaies qui étaient en voie de cicatrisation, prennent un aspect gangréneux et envahissent les parties voisines.

Chez les enfants, on remarque de nombreux cas de conjonctivite.

10 *août.* — A l'infanterie de marine, les malades sont toujours nombreux. 25 militaires à l'hôpital. 12 ont été atteints de fièvre à rechutes, à la transportation, du 21 juillet au 30 inclus, 3 femmes ont succombé à la typhoïde bilieuse.

Sur 34 femmes nouvellement arrivées au Maroni, 8 sont mortes des suites de fièvre typhoïde bilieuse ou de fièvres à rechutes.

Dans les fièvres à rechutes et typhoïde bilieuse, l'estomac ne peut rien supporter. Le thermomètre dans la 2e période a toujours accusé 40 et 41 et quelquefois 42.

10 *septembre.* — Les fièvres typhoïde bilieuse et à rechute et les fièvres bilieuses hématuriques ont sévi sur l'infanterie de marine.

Les fièvres typhoïdes bilieuses continuent à enlever les nouveaux arrivés; les accès pernicieux enlèvent les anciens.

15 soldats sont actuellement à l'hôpital, 12 sont atteints d'embarras gastriques, 2 présentent jusqu'ici des fièvres inflammatoires et laissent un pronostic douteux.

M. Le Boucher, instituteur, âgé de 30 ans, entré à l'hôpital le 7 à 4 heures du soir, est décédé le 9 à 3 heures du matin, des suites de fièvre rémittente bilieuse (coup de barre, ictère et vomissements).

Deux femmes, nouvellement arrivées, sont actuellement à l'hôpital atteintes de fièvre rémittente bilieuse. L'une d'elles présente les symptômes suivants : douleur à la région lombaire, à l'épigastre, vomissements noirs, ictère, hémorrhagies passives.

25 *septembre.* — Depuis ma dernière lettre, il est mort 4 soldats, et tous de la fièvre rémittente bilieuse, maladie qui règne ici à l'état endémique : on note de la céphalalgie, douleurs lombaires, état saburral, d'abord dou-

leurs vives à l'épigastre, puis vomissements, teinte ictérique et selles fétides; la douleur à l'épigastre a toujours été constante. Cette maladie a affecté, dans la 2e période, tantôt la forme adynamique et tantôt la forme cérébrale. La suppression urinaire a eu lieu aussi. Le thermomètre a été constamment entre 40 et 41.

Nous avons perdu deux femmes, nouvellement arrivées, de fièvre rémittente bilieuse. Deux autres qui ont été aussi atteintes sont en voie de guérison.

La *Topaze*, à son départ, avait un matelot présentant des symptômes d'embarras gastrique fébrile.

La fièvre rémittente bilieuse ne sévit que sur les nouveaux arrivés et surtout sur ceux qui n'ont fait aucun séjour aux colonies.

*Extrait du rapport du troisième trimestre.*

L'état sanitaire du troisième trimestre a été bien mauvais, la saison sèche ne s'est pas établie, les vents du nord-ouest et du sud-ouest ont presque constamment régné; ces vents passent sur des terrains marécageux; l'atmosphère était lourd et chargé d'électricité.

Saint-Laurent du Maroni est devenu très-malsain; les bras manquent, des défrichements trop considérables ont eu lieu et les terrains abandonnés se sont transformés en véritables marais, dont les miasmes empoisonnent l'atmosphère; aussi la fièvre rémittente bilieuse grave, compliquée souvent d'état typhoïde, de typhus amaril, règne à l'état endémique sur ce pénitencier et fait de nombreuses victimes. Le typhus amaril frappe indistinctement à l'infanterie de marine, au couvent des femmes, au camp et à Saint-Maurice; les nouveaux arrivés sont surtout frappés par cette maladie.

Sur 56 transportés européens, élèves concessionnaires, arrivés par le *Finistère* au mois de février, 11 sont morts de cette maladie, et sur 34 femmes, arrivées au mois de mars par le *Petit-Poucet*, 7 ont succombé. Nous avons eu en tout, pendant le trimestre, 20 morts des suites de cette maladie.

L'accès paludéen a fait souvent tous les frais de la symptomatologie; une rémission s'est montrée, mais un autre accès a lieu, qui est débordé par le typhus amaril. Cette évolution parallèle de la fièvre paludéenne et du typhus amaril est une chose très-remarquable et qu'il ne faut pas perdre de vue. Nous avons eu un cas, chez un soldat, où la fièvre bilieuse hématurique, une expression grave de la fièvre paludéenne, s'est montrée avec la fièvre jaune; dans quelques cas, l'accès pernicieux est venu primer la scène.

Les trois formes de la maladie (forme cérébrale, forme adynamique et

forme gastrique adynamique) ont été les plus fréquentes. Cette maladie a sévi indistinctement sur les malades très-anémiés et sur les individus d'un tempérament sanguin ; la mort est arrivée après deux jours de maladie.

Nous avons eu dans le trimestre 71 décès sur un effectif moyen de 1500. — Dans le personnel libre, il y a eu 21 décès et dans la transportation, 50.

157 soldats sont entrés à l'hôpital, pendant le trimestre, atteints surtout de fièvre intermittente, d'embarras gastrique fébrile et de fièvre rémittente bilieuse.

Les arabes, les coolies, les chinois et les annamites ne sont pas plus à l'abri que les européens de la rémittente bilieuse grave.

Les malades succombaient après dix jours de maladie maximum ou entraient en convalescence. Une rémission avait presque toujours lieu le troisième jour, mais le lendemain des symptômes d'une extrême gravité reparaissaient (vomissements noirs, douleurs à l'épigastre ou à la région lombaire, teinte ictérique des sclérotiques, surtout l'hemorrhagie passive par les gencives et l'intestin, suppression urinaire). Un mauvais signe existe, quand les vomissements ne sont pas franchement bilieux après un ipeca au début. Un symptôme fâcheux est une fausse sensation de faim après 3 ou 4 jours de maladie.

A l'autopsie, le foie, le pancréas, la rate et les reins avaient leur poids normal ; l'ouverture de l'estomac nous a montré constamment un liquide noirâtre, d'une odeur fétide et nauséabonde ; le linge blanc était taché de brun, la muqueuse stomacale avait un piqueté rouge de nature hémorrhagique et de petites ecchymoses sous-muqueuses ; le foie était dur au toucher, sa couleur intérieure ressemblait à la farine de moutarde ; tous les tissus, même ceux de l'intérieur, offraient une coloration jaunâtre.

La vésicule biliaire contenaient un peu de bile. Aux reins, légère congestion, la vessie rétractée et contenant peu d'urine. Les urines contenaient l'albumine ; elles étaient fétides et alcalines, à cause de la présence d'une grande quantité de carbonate d'amoniaque.

9 *novembre*. — L'état sanitaire a été meilleur ; il n'y a eu que 15 décès dans le mois d'octobre.

Cette mortalité moindre est due surtout à la brise de l'Est-Nord-Est qui a presque constamment régné pendant ce mois, pourtant nous avons eu le 5, le 8 et le 25 des brises du Sud-Ouest et aussitôt des cas presque foudroyants de fièvre rémittente bilieuse grave se sont montrés.

Ces brises malsaines ont aussi soufflé le 31 octobre et aussitôt nous avons eu 3 décès du 1er au 15 novembre.

37 soldats sont entrés à l'hopital pendant le mois d'octobre ; 2 ont succombé à la rémittente bilieuse.

Les 3 femmes arabes nouvellement arrivées ont été atteintes vingt jours

après leur arrivée, de fièvre rémittente bilieuse ; une d'elles est morte après trois jours de maladie (vomissements noirs, teinte ictérique, hémorrhagies passives), 16 autres femmes sont entrées à l'hôpital.

A la transportation, j'ai constaté pour la première fois sur un ancien la fièvre rémittente bilieuse ou typhus amaril avec les symptômes les plus caractéristiques ; il a été enlevé en 48 heures.

30 *novembre.* — *Considérations générales sur le mois de novembre.*

L'état sanitaire du mois de novembre avait été meilleur que celui du mois précédent, mais à la suite d'une influence météorologique et des orages qui ont eu lieu vers le 24 novembre et des vents du Sud, Sud-Ouest, l'état sanitaire est devenu mauvais à la fin du mois.

Nous avons eu à l'hôpital 16 décès dont 7 pour rémittente bilieuse.

Nous avons perdu le 27 novembre M. Précheur, surveillant nouvellement arrivé de France, entré à l'hôpital le 24 novembre et le 29, Mme Précheur, sa femme, entrée le 20 novembre des suites de rémittente bilieuse grave. Nous avons constaté les symptômes les plus caractéristiques des typhus amaril.

Depuis le 1er novembre, l'état sanitaire semble meilleur. La température est moins élevée ; les pluies ont lieu tous les jours et d'une manière régulière ; pourtant, nous avons perdu, le 10, un soldat entré le 27 novembre (140 mois de service, 18 mois de colonie) de rémittente bilieuse. Ce soldat a aussi présenté les symptômes les plus caratéristiques des typhus amaril : douleur à l'épigastre, coup de barre, vomissements noirs, selles noirâtres et fétides, hémorrhagies par les différentes muqueuses et surtout par les gencives, les muqueuses nasales et les conjonctives. Urines rares contenant de l'albumine et des sels biliaires, devenant mousseuses par l'acide nitrique. Nous avons constaté aussi la présence du sang dans les urines.

M. le Dr Infernet a pu hésiter au début sur le diagnostic, mais, à la fin, il parait bien être fixé pour la fièvre jaune.

Vers la fin du mois de décembre, il fut remplacé par le Dr Maurel qui signale encore 2 ou 3 cas de fièvre jaune, observés surtout dans le service du médecin en sous-ordre et qui ensuite diagnostique la fièvre à rechute et la typhoïde bilieuse.

## ANNÉE 1877.

Mon collègue et ami, M. le Dr Maurel avait succédé à M. le Dr Infernet, dans la direction du service de santé au Maroni où il était arrivé le 20 décembre.

Une lettre de lui, à la date du 9 janvier 1877, rend compte au médecin en chef de la colonie, de ce qu'il observe de la façon suivante :

« Les rapports mensuels de mon prédécesseur ont dû vous mettre au courant de la situation sanitaire. Je vois dans ses statistiques et dans ses rapports, qu'après avoir constaté des fièvres à rechutes et des fièvres typhoïdes bilieuses pendant le troisième trimestre de l'année 1876, le quatrième a été marqué par des cas de fièvre jaune assez nombreux. Depuis mon arrivée, M. Vieuille, chargé du service des transportés (hommes de couleur) m'a dit avoir constaté un nouveau cas. De mon côté, je n'ai observé que deux cas de fièvre typhoïde bilieuse terminés par la mort : l'une chez M. Brè, instituteur et l'autre chez le père Finot. Le premier est mort le 29 décembre et le second le lendemain.

Quoique depuis une dizaine de jours, nous n'ayons pas de malades atteints d'affection épidémique, les deux cas précédents et les rapports du Dr Infernet ne me laissent aucun doute sur la persistance du génie épidémique. Aussi si quelques cas de fièvre jaune se présentaient à mon observation, je n'hésiterais pas à donner des patentes brutes de fièvre jaune. Si, au contraire, j'observais des cas de fièvre typhoïde bilieuse, je me contenterais de les consigner sur les patentes, ainsi que je l'ai toujours fait, pendant mon premier séjour au Maroni.

C'est peut-être à la fin de ce mois que se fera le changement des troupes. C'est une bonne compagnie qui a supporté onze décès sans se plaindre ; mais je ne crois pas que l'on soit autorisé à prolonger son séjour ici, du moins pour un temps un peu long.

Je pense qu'il y aurait danger à faire coucher les militaires qui arrivent sur les matelas qui ont servi à la compagnie qui doit partir, et dont la plupart des hommes ont été atteints. »

Le 22 juillet 1877, une seconde lettre rendait compte de l'état sanitaire. Je continuerai à reproduire ici l'ensemble des lettres et des rapports du Dr Maurel, pendant toute sa période de détachement au Maroni, c'est-à-dire jusqu'au 10 juillet de la même année.

La seconde lettre était ainsi conçue :

« Depuis ma dernière lettre, nous avons perdu de fièvre typhoïde bilieuse le surveillant Rotzer, décédé le 15 janvier. De plus, le capitaine Pollard, tombé malade le jour même du départ du vapeur « *Maroni* » m'a donné pendant quelques jours de sérieuses inquiétudes ; je le crois hors de danger en ce moment. Son sous-lieutenant, M. Retout, a été pris après lui,

mais plus légèrement. Enfin 3 militaires sont en ce moment à l'hôpital pour la même maladie et la vie de l'un d'eux est menacée.

L'*Alecton*, sur ces renseignements, a refusé de communiquer ; je crois qu'il a agi prudemment.

Le caractère épidémique et contagieux de cette affection ne laisse aucun doute dans mon esprit, et il paraît difficile qu'il en reste dans l'esprit de tout médecin qui a observé ici. Du reste, la fièvre typhoïde bilieuse se montre ici ce qu'elle a été partout; on ne l'a constatée, que je sache, qu'à l'état épidémique et son caractère contagieux paraît également établi.

Quant à la fièvre jaune, j'observe tous les cas qui offrent des doutes, avec d'autant plus de soin, que mon prédécesseur en a constaté. Je vous en informerai dès qu'un seul cas se présentera. »

*Cayenne.* — Depuis le 22 novembre, des cas bien caractérisés de fièvre jaune existaient à Cayenne. Le premier cas qui avait éveillé l'attention avait porté sur un de nos collègues, le docteur Racord. Les deux cas suivants avaient eu lieu sur deux industriels qui allaient quelquefois au Maroni, et l'un d'eux y avait fait une tournée toute récente.

Le 31 décembre un nouveau cas s'est présenté sur la sœur-supérieure du couvent de Saint-Joseph, arrivée depuis peu de France et qui venait de recevoir, du Maroni, des sœurs fortement éprouvées. Dans le mois de janvier, des soldats d'infanterie de marine furent atteints et l'épidémie était constituée. Elle sévit jusqu'au mois de septembre, principalement sur les militaires et les officiers du corps de santé.

Je n'ai point à faire l'histoire de cette épidémie ; elle a besoin seulement d'être signalée au lecteur. Je ne m'appesantirai pas non plus sur son origine, qui pourtant n'est pas douteuse, étant admis la contagion. Des cas nombreux de fièvre jaune existaient au Maroni, pendant les mois de septembre, octobre et novembre ; ils se sont propagés à Cayenne, parce que les communications n'étaient pas interrompues. Nous avons eu un autre exemple, et terrible, de cette propagation dans l'épidémie des Iles-du-Salut, qui éclata au mois d'avril sur une compagnie qui venait d'arriver de France : Si le terrain était préparé pour cette compagnie, le coup de fouet a été certainement donné par le cas de ce jeune officier contractant la maladie à Cayenne et allant mourir aux Iles, quelques jours plus tard.

Cette digression était nécessaire pour apprécier les faits.

Saint-Laurent-Maroni, le 8 février 1877.

« Depuis ma lettre du mois de janvier, nous avons perdu deux malades, par suite de fièvre typhoïde bilieuse : un enfant du pays, âgé de 12 ans, le fils de M. Charlier, surveillant chef de première classe, et un Arabe, dont j'ai fait l'autopsie hier.

M. d'Hérisson, mort à l'hôpital le 5 de ce mois, a succombé à une rémittence bilieuse, contractée dans le haut Maroni. (M. d'Hérisson arrivait de France depuis quelques mois seulement et était parti de Cayenne pour le Maroni, dans le mois de décembre ; il avait séjourné à Saint-Laurent.)

En ce moment, quatre militaires sont à l'hôpital, atteints de fièvre typhoïde bilieuse, mais tous ont franchi la première période.

Un transporté, ayant déjà eu une fièvre à rechute bien caractérisée et très-grave pendant mon premier voyage, est de nouveau atteint, il était sérieusement en danger hier, je le trouve mieux aujourd'hui.

En dehors de cette épidémie, l'état sanitaire n'est pas mauvais ; les fièvres intermittentes ne sont pas trop fréquentes et surtout ne présentent aucune complication grave. »

*Signé :* Dr MAUREL.

10 mars 1877.

« ..... Je n'indique que la fièvre typhoïde bilieuse dans la colonne observation des statistiques trimestrielles. On voit cependant que j'ai eu quelques cas de fièvre à rechute. Ces deux affections sévissent sur le même personnel, offrent les mêmes lésions et, sauf la rémission qui est plus longue et plus complète dans la fièvre récurrente que dans l'autre, il serait parfois difficile de les différencier.

Il y a plus, c'est que la longueur de la rémission variant, on se demande quelquefois à laquelle des deux formes épidémiques on doit rattacher le cas que l'on observe.

Depuis un mois environ, l'intensité des symptômes bilieux a beaucoup diminué et toute préoccupation de fièvre jaune a disparu.

En ce moment, il y a cinq convalescents de fièvre à rechute ou de fièvre typhoïde bilieuse, trois militaires et deux transportés ; je les considère tous comme hors de danger. Le seul malade atteint de fièvre typhoïde bilieuse grave est un contre-maître des travaux, libéré depuis longtemps et ayant au moins 20 ans de Guyane, dont 10 de Maroni.

En somme, l'épidémie semble nous laisser un peu de répit.

La goëlette la *Topaze* est arrivée avec une patente annonçant quelques cas isolés de fièvre jaune à Cayenne ; nous lui avons offert cependant la libre pratique mais le capitaine a cru devoir ne pas communiquer.

Trois décès ayant eu lieu dans l'établissement de l'état-major, dans un

court espace de temps, j'ai demandé à faire un nettoyage complet, ce qui a été accordé.

M. Balcam, aide-médecin, vient d'y mourir de fièvre typhoïde bilieuse. »

*Signé :* Dr MAUREL.

Le 12 avril 1877, le Dr Maurel adressait au médecin chef un rapport détaillé sur la phase épidémique qu'il venait de traverser. Je ne prendrai de ce rapport que ce qui a trait à la maladie régnante. Il peut se résumer ainsi :

### *Maladies endémiques.*

Les maladies endémiques ont été assez fréquentes, mais peu graves ; elles ont fourni, à elles seules, 3,742 journées d'hôpital et ont occasionné 20 décès ainsi répartis :

| | |
|---|---|
| Anémie. . . . . . . . . . . | 6 |
| Fièvre rémittente. . . . . . | 2 |
| Accès pernicieux. . . . . . | 9 |
| Cachexie paludéenne. . . . | 1 |
| Dysentérie. . . . . . . . . | 2 |

Ce chiffre de 3,742 journées d'hôpital donne une moyenne de 40 malades par jour pour ces affections ; mais je dois en plus faire remarquer que beaucoup de malades entrés à l'hôpital pour des maladies sporadiques sont en même temps anémiés ou sujets à des fièvres intermittentes, de sorte que les chiffres sont réellement au-dessous de la vérité. J'ajoute que ce n'est que lorsque les hommes sont gravement atteints qu'ils sont admis à l'hôpital, qu'enfin beaucoup sont en traitement dans les ambulances et que d'autres sont soignés chez eux.

### *Maladies épidémiques.*

Depuis vingt-cinq jours, l'épidémie de fièvre typhoïde bilieuse et de fièvre récurrente, qui régnait sur le pénitencier, n'a présenté aucun cas. Ce long répit pouvant faire espérer sa fin prochaine, il ne sera peut-être pas sans intérêt de jeter sur elle un regard rétrospectif et, l'embrassant dans tout son ensemble, de la décrire à grands traits.

Née spontanément sur le pénitencier dans le mois de janvier 1876, j'ai pu la suivre jusqu'au mois de juin, époque à laquelle je fus appelé à Cayenne. Pendant mon séjour, elle avait sévi successivement sur les troupes d'infanterie de marine et les deux convois de transportés, hommes et femmes, qui, à court intervalle, étaient venus s'exposer à ses coups. C'est sur ce même personnel que l'observa mon successeur pendant les trois

mois qui suivirent mon départ; puis elle diminua de fréquence et disparut pendant les mois de novembre et décembre, pour laisser la place à des cas de rémittence bilieuse et de typhus amaril.

Ces affections étaient elles-mêmes devenues moins nombreuses, à mon retour au Maroni, le 20 décembre.

Quelques jours après mon arrivée, j'eus à constater, sur le personnel officier, plusieurs cas d'une gravité extrême et dont quelques caractères me jetèrent dans le doute; mais peu à peu l'intensité des symptômes diminua, l'affection s'accentua et je pus affirmer que je me trouvais en présence de la même affection que pendant mon précédent séjour. Dans le mois de février, les cas ont diminué, et depuis le 20 mars, date du dernier décès, je n'ai rien observé qui puisse se rattacher à cette maladie.

Quoique l'épidémie que j'ai observée se soit présentée sous deux formes bien tranchées, la fièvre à rechute et la fièvre typhoïde bilieuse, je pense pouvoir les confondre dans une seule et même description, me contentant de signaler, au fur et à mesure que l'occasion s'en présentera, les particularités qui les distinguent.

La physionomie générale de ces deux affections a présenté un aspect tout spécial, unique dans la pathologie. Leur caractère le plus saillant est de procéder en deux temps. Sauf pour quelques cas légers et pour ceux d'une gravité extrême qui, rapidement terminés par la mort, n'ont eu qu'une évolution incomplète, cette marche a été constante.

Chaque cas complet a été constaté par deux périodes fébriles bien marquées, ayant une durée moyenne de 5 à 7 jours et séparées, l'une de l'autre, par une période franchement apyrétique dans la fièvre à rechute et d'une apyrexie incomplète, le thermomètre oscillant entre 38 et 38,5, dans la fièvre typhoïde bilieuse. Quant à la durée de cette période intermédiaire, quoique variable, elle peut être fixée à 5 et 7 jours pour la première forme, et à 2 ou 4 jours pour la seconde.

Cette marche toute spéciale, et qui est le propre des affections que j'ai observées, est rendue saisissante par les courbes de température.

Chaque période fébrile est caractérisée par des phénomènes gastriques d'intensité variable, épigastralgie, dysphagie, nausées, vomissements de nature différente, ne contenant du sang que pendant la seconde période, alors que des ulcérations hémorrhagiques étendues existaient dans l'estomac et dans l'œsophage. En outre de ces symptômes, on trouve d'abord ceux qui constituent le cortége habituel de tout mouvement fébrile : céphalalgie, constipation, peau sèche, etc.; ensuite quelques symptômes bilieux qui n'ont jamais dépassé la teinte subictérique et qui fréquemment ont été assez peu marqués pour être douteux. L'hépatalgie n'a jamais été bien intense et toujours effacée par d'autres symptômes douloureux, parmi lesquels, et comme fréquence et comme intensité, l'épigastralgie a occupé le

premier rang, et la splénopathie le second. Quant aux douleurs lombaires, je ne les ai que rarement observées et ne les ai jamais vues bien tenaces. De plus, je dois ajouter que, surtout dans la forme typhoïde bilieuse, la maladie peut, dès les premiers jours, se présenter avec un aspect typhoïde bien caractérisé : facies pâle, terreux, affaissement, stupeur, etc. Aspect typhoïde qu'il est encore bien plus fréquent d'observer à la fin.

Ces deux fièvres, qui à un examen superficiel paraissent identiques, peuvent cependant être distinguées l'une de l'autre par une série de symptômes, dont les principaux sont : l'intensité plus grande des phénomènes bilieux dans la seconde que dans la première ; la nature des vomissements et l'intolérance plus grande de l'estomac pendant la seconde période ; enfin la courbe thermique qui a pour caractère constant pendant la première période d'être interrompue par une descente brusque, est moins régulière dans la seconde et se rapproche d'une forme continue.

Quant à la forme intermédiaire, dans la forme typhoïde bilieuse, elle est parfois de trop courte durée pour se prêter à une description propre et, dans ce cas, ne se révèle que par l'abaissement de température et l'affaissement des symptômes graves.

Dans la fièvre à rechute, au contraire, elle est bien marquée et se trouve caractérisée par une diarrhée constante, la rareté du pouls et l'affaissement du malade.

La convalescence est facile dans les cas légers; lente au contraire, et quelquefois traversée par des accès fébriles de courte durée, lorsque la maladie a suivi son évolution complète.

Tels sont les principaux symptômes de cette affection, qui s'est présentée à moi, avec des phénomènes groupés sous un type constant et avec une marche dont la singularité suffirait pour la caractériser.

Les deux lésions dominantes sont le volume exagéré de la rate et l'inflammation de la partie du tube digestif, comprise entre le pylore et la cavité buccale.

La rate présente un volume 2, 3 et 4 fois supérieur à la normale. Elle est souvent molle, peu résistante, quelquefois se déchirant à la moindre traction.

Les traces d'inflammation ont été constantes; elles se sont révélées, dans les cas promptement suivis de mort, par des arborisations très-riches, et lorsque la mort a été plus tardive, par des ulcérations profondes, étendues, occupant, chez un noir, toute la superficie de la muqueuse gastrique et une partie de celle de l'œsophage, donnant à toute cette surface l'aspect d'une vaste plaie en suppuration.

De ces lésions, les plus marquées ont été celles de l'estomac. En les observant avec soin, il semblait que le processus se fût d'abord montré sur

cet organe et que ce ne fût que successivement qu'il envahit les parties sus-diaphragmatiques des voies digestives.

En outre, de ces deux lésions, je dois en signaler quelques autres.

Le foie n'a présenté qu'exceptionnellement des altérations et même, dans ce cas, je l'ai toujours trouvé assez riche en sang et avec une couleur s'écartant peu de la normale; son volume a souvent été un peu exagéré.

Dans la grande majorité des autopsies, j'ai trouvé le poumon pâle, décoloré, exsangue; la vessie a toujours contenu une quantité notable d'urine. Enfin, pour être complet, je dois mentionner des adhérences récentes et très-étendues, occupant la plupart des cavités séreuses, et les effaçant quelquefois; leur siége de prédilection a été la cavité pleurale. Dans une autopsie où j'ai vu cette lésion aussi prononcée que possible, les deux plèvres étaient effacées, le foie était adhérent au diaphragme, la rate aux organes environnants, les anses intestinales entre elles; enfin, particularité plus surprenante, le grand épiploon était réuni à la paroi abdominale dans toute son étendue, et ce ne fut pas sans peine qu'il en fut détaché. Ces adhérences m'ont toujours d'autant plus étonné que l'intégrité des organes qu'elles fixaient, a toujours été constatée.

Je n'ai pu encore compléter les études histologiques et je ne puis les donner qu'avec quelques réserves. Cependant je crois pouvoir certifier les détails suivants :

A. *Liquides. Vomissements.* Contiennent :

1. Des leucocytes en quantité considérable, le plus souvent bien conservés.

2. Dans quelques cas, des globules sanguins altérés.

3. Des sporules du cryptocoque du ferment.

4. Des sarcines.

*Urines.* — Dans certaines périodes de la maladie, elles contiennent des sédiments de carbonate de chaux qui, par l'acide azotique, les rendent effervescentes.

B. *Organes. Estomac.* — La muqueuse est le siége d'un processus inflammatoire manifeste; sur de nombreux points, elle est à nu et offre les caractères d'une membrane pyogénique.

*Foie.* — Les deux foies que j'ai examinés au microscope, n'ont présenté aucune modification des cellules hépatiques. Elles n'ont en outre présenté aucune infiltration graisseuse, altération facile à observer; mais, je le répète, je n'ai vu encore que deux foies et je ne saurai m'engager pour l'avenir.

Le rein, normal à l'œil nu, offre des concrétions qui semblent accumulées sur certains points des tubes et qui ne doivent pas être étrangères à la diminution de la sécrétion urinaire, que j'ai observée d'une manière constante.

*Traitement.* — Après quelques tâtonnements, je me suis arrêté à une méthode mixte. La nature franchement inflammatoire de l'affection, ainsi que le prouvent les autopsies, m'a conduit à employer les émissions sanguines.

J'ai donné la préférence aux sangsues sur la saignée, parce qu'en même temps qu'elles agissaient sur l'état général, elles me permettaient de combattre certains symptômes locaux, tels que l'épigastralgie et la céphalalgie. Aussi est-ce à l'épigastre et aux apophyses mastoïdes qu'elles ont été le plus souvent placées et quelquefois à plusieurs reprises différentes. Elles n'ont été appliquées que deux fois sur d'autres points, la première à la nuque et la seconde à la région lombaire.

En outre, les purgatifs salins, et tout particulièrement le citrate de magnésie, ont fréquemment trouvé leur emploi contre la constipation qui accompagne les deux périodes fébriles, soit que je les aie donnés à dose purgative, soit le plus souvent à dose laxative.

Le sulfate de quinine a été fréquemment employé, mais souvent comme adjuvant et non comme base du traitement. A haute dose, de 2 gr. 50 à 3 gr. J'ai constaté ses bons effets antipyrétiques toutes les fois que l'estomac a pu le tolérer. Dans les cas contraires, je me suis contenté de l'alcool donné dans le même but.

A ces moyens qui, dans la dernière période de l'épidémie, ont constitué la base du traitement, je dois ajouter tous ceux qui se sont adressés à des symptômes particuliers et dont l'indication naît si souvent dans le cours d'une affection longue et soumise à une certaine variabilité de caractères.

Je me contenterai de citer : contre la céphalalgie, outre les sangsues, les compresses froides vinaigrées, les tranches de citrons; contre les vomissements, les vésicatoires morphinés, les préparations gazeuses et antispasmodiques. Enfin, contre les suintements sanguins, l'ergotine et les tisanes sulfurique, chlorydrique, et au perchlorure de fer.

Telle est l'épidémie qu'il m'a été permis d'observer.

Les affections sporadiques ont été assez nombreuses pendant ce trimestre; elles ont fourni 5,442 journées d'hôpital et 11 décès.

Parmi les affections intenses, celles le plus fréquemment observées ont été les affections des voies respiratoires et celles des voies digestives.

Parmi les affections chirurgicales, on note :

1° De vastes abcès s'étant produits sans cause appréciable et ayant évalué sans manifestations inflammatoires;

2° Un abcès de la fosse iliaque mettant en ce moment la vie des malades en danger;

3° Un phlegmon occupant le cou et une grande partie de la face postérieure du thorax, survenu chez un convalescent de fièvre typhoïde bilieuse.

4° Enfin, la grande fréquence des ulcères et des onyxis.

*Signé :* Dr MAUREL.

Nous trouvons enfin dans les archives une dernière lettre adressée par le Dr Maurel au médecin en chef, le 12 juillet 1877, et rendant compte brièvement de l'état sanitaire du 2e trimestre, à peu près en ces termes :

« Le trimestre qui vient de s'écouler est un des plus heureux que le Maroni ait vus depuis quelques années. Si, en effet, le nombre de journées d'hôpital a été relativement assez élevé, celui des décès a été de beaucoup inférieur à ceux des trimestres précédents. Je n'en ai constaté que 16.

Cette faible mortalité doit être expliquée non-seulement par la disparition des maladies épidémiques qui, depuis un an environ, ont sévi sur le pénitencier, mais aussi par le peu de gravité des affections paludéennes. Les accès pernicieux ne se sont présentés à mon observation que deux fois et n'ont occasionné qu'un décès. Seules, les fièvres rémittentes bilieuses ont fait quelques victimes ; la première forme sévissait sur les militaires et la seconde sur le personnel de la transportation.

Depuis un mois même, ces formes graves sont plus rares ; l'effectif de l'hôpital a diminué et a atteint le 1er juillet le chiffre de 92.

La même influence heureuse se fait sentir sur les ambulances et les infirmeries ; celle du camp, qui, à une époque, a compté jusqu'à 80 malades, n'en contient qu'une vingtaine en ce moment.

Je crois pouvoir expliquer cette situation sanitaire, au point de vue des affections paludéennes, par les pluies tardives du mois de juin et qui, en tenant couverts les marais qui nous entourent, ont retardé les funestes effets des miasmes qu'ils dégagent dès qu'ils se dessèchent.

Sans sortir du groupe des affections endémiques, je dois vous signaler quelques cas de coliques sèches ayant toujours cédé rapidement au traitement par les purgatifs et l'extrait de belladone.

Les maladies les plus fréquentes que m'ait présentées la clinique interne, appartiennent aux fonctions digestives et respiratoires.

Parmi les premières, se trouvent surtout les embarras gastriques, et, parmi les secondes, des bronchiques chroniques. »

*Signé :* Dr MAUREL.

Le 20 juillet, j'étais appelé à remplacer M. Maurel, au Maroni, dans la direction du service de santé.

Une de mes premières lettres, adressée le 10 août au médecin en chef de la colonie, contenait le passage suivant :

« Vers la fin de juillet et au commencement du mois d'août, j'ai observé chez les soldats des cas de fièvre qui ne m'ont pas semblé franchement paludéens. Deux cas ont été assez graves : l'un avec symptômes abdominaux et un état bilieux très-prononcé, l'autre avec des symptômes congestifs.

La fièvre a été continue, sans rémission, pendant trois jours ; elle a fini par céder le troisième jour, pour ne plus revenir, mais en laissant chez ces deux hommes un grand état de faiblesse.

Dans le service de M. Bourat, médecin de 2e classe, j'ai observé un malade présentant des symptômes assez sérieux, et qui ont attiré toute notre attention. Ce malade a été suivi avec soin ; l'observation a été prise consciencieusement par M. Bourat ; l'autopsie a été faite par le Dr Hache. M. le pharmacien de 2e classe, Lalande, s'est chargé de l'analyse des urines et du sang. Le diagnostic « fièvre jaune » a été porté par M. Bourat, chargé du service. M. Hache l'a admis, et moi je l'ai confirmé, car il me rappelait identiquement les quelques cas que j'ai eu l'occasion d'observer dans le service des fiévreux de la transportation à Cayenne, sur deux Arabes en particulier.

Si le diagnostic porté sur le cas que nous venons d'observer sur un Arabe ayant près de 10 ans de Guyane doit être maintenu, il nous prouve que le miasme existe ici à un très-haut degré de puissance, et qu'il n'attend qu'une occasion favorable pour frapper un organisme quelque peu prédisposé. J'ai donc dû prévenir le Commandant des pénitenciers et l'informer qu'un cas de fièvre jaune venait d'être observé, et dont le décès était à la date du 10 août. »

### *Extrait de mon rapport du 3e trimestre.*

« Pendant le mois de juillet, j'observais sur les soldats des cas de fièvre que je caractérisais : « fièvre jaune ». Le 10 août, il mourait un Arabe sur lequel nous avons porté le diagnostic : « fièvre jaune ».

Ce jour-là même, une femme de surveillant tombe malade à Saint-Maurice. Elle est restée chez elle pendant trois jours avec une fièvre continue et vomissements bilieux. Elle entre à l'hôpital, sans fièvre, se sentant en pleine convalescence ; sous l'influence des purgatifs, elle avait des évacuations intestinales abondantes, mais toujours un peu d'agitation et d'insomnie. Elle demande, au bout de jours, à sortir avec instance et regagne, en plein soleil, Saint-Maurice, où elle arrive avec la fièvre. Elle reste encore deux jours chez elle, au bout desquels elle entre de nouveau à l'hôpital, où elle présente une intolérance stomacale extraordinaire, une fièvre continue avec température élevée, une grande quantité d'albumine dans les urines.

Elle succombe, trois jours après sa seconde entrée, le treizième jour de

la maladie, en présentant des vomissement noirs, la teinte jaune, caractéristique de la fin. A l'autopsie, le foie était de couleur café au lait ; les cellules hépatiques contenaient des gouttelettes de graisse. La rate était volumineuse, mais résistante. L'estomac n'a pas été ouvert ; la vessie était vide et rétractée.

La petite fille de cette femme, âgée de 18 mois, quelques jours après la mort de sa mère, m'a présenté un état de malaise général et fièvre continue pendant plusieurs jours, avec des taches sur le corps semblables à celles de la roséole, des selles grises et fétides. Ce cas m'a paru se rapporter à celui de sa mère, mais comme il n'a pas été parfaitement suivi, je l'ai classé dans mes statistiques parmi les cas de « fièvre continue, » sans préjudice cependant de la cause déterminante.

Quinze jours ou trois semaines plus tard, le petit garçon de cette même femme âgé de 8 ans, a été pris d'une fièvre continue, dont la courbe est parfaitement significative, avec diminution des urines et de l'urée, mais sans albumine. C'est un cas léger, mais parfaitement caractérisé de fièvre jaune.

Voilà donc deux cas de contagion assez nettement établis.

Vers la fin du mois d'août, j'ai observé chez un soldat en séjour à la Guyane depuis deux ans, et n'ayant jamais été malade, si ce n'est de quelques accès de fièvre intermittente, au mois de juillet dernier, une fièvre continue avec température relativement peu élevée, mais n'arrivant à la température normale que vers le sixième jour de la maladie. Il a présenté de l'albumine dans les urines pendant six jours. Les urines ont diminué et ne dépassaient pas 300 à 400 gr. pendant deux jours ; l'urée est tombée au chiffre de 6 gr. 26 par 24 heures. J'ai appelé ce cas « fièvre jaune légère. »

Le 4 septembre, j'ai reçu des Hattes un soldat dans un état désespéré. Cet homme était parti le 27 août de Saint-Laurent, un peu malade ; à son arrivée, il s'alite avec la fièvre, des vomissements et de l'insomnie ; il reste huit jours dans cet état et arrive à l'hôpital avec une teinte jaune très-accusée des conjonctives, teinte violacée de la peau, albumine dans les urines, pas de bile, urée, 6 gr. 50 par litre, et 1 gr. 50 environ pour 250 gr. qu'il avait pu uriner en 24 heures. Selles sanguinolentes, teinte jaune après la mort ; hémorrhagies musculaires ; la température était encore à 39,3 une demi-heure après la mort.

A l'autopsie, teinte jaune du tissu cellulaire sous-cutané ; piqueté hémorrhagique dans les poumons ; le foie a l'aspect de farine de moutarde ; gouttelettes de graisse dans les cellules hépatiques ; la rate est assez volumineuse, 550 gr., mais dure et résistante ; les reins sont volumineux et congestionnés, 450 gr., la vessie vide et rétractée.

Quelques jours après, un soldat, de planton à l'hôpital, et n'ayant jamais

été malade, depuis deux ans qu'il se trouve à la Guyanne, a été pris, à l'hôpital même, d'un violent accès de fièvre avec céphalalgie très-forte ; oppression, inquiétude générale, rachialgie et brisement des membres. La fièvre a été continue pendant cinq jours, il a présenté de l'albumine dans les urines et diminution des urines et de l'urée. C'est encore un cas léger.

A peu près à la même époque, un autre soldat en service chez le capitaine, et qui avait porté des couvertures du magasin général, a été pris d'un violent accès de fièvre. Il entre à l'hôpital avec une langue très-sale au centre, très-rouge sur les bords, sur le point de saigner ; douleur épigastrique ; albumine dans les urines. Vers la fin, et pendant deux jours seulement, il a présenté un peu de bile. Il a eu les conjonctives très-jaunes et la teinte violacée de la peau ; des selles grises, décolorées et fétides. Il est complétement guéri.

Tous ces différents cas me semblent prouver suffisamment la nature de l'affection que j'ai à traiter. Ce n'est pas une maladie éminemment paludéenne. Elle sévit sous des formes graves chez les personnes qui se trouvent dans de mauvaises conditions hygiéniques et qui ne sont pas soignées à temps ; elle se manifeste sous des formes bénignes chez les autres, parce qu'elles sont, pour ainsi dire, habituées à ces effets. C'est une affection pour laquelle on acquiert une assuétude spéciale. Tout me porte à croire que je me trouve en présence de la fièvre jaune.

Le miasme paludéen paraît avoir, en ce moment, son minimum d'intensité ; en effet, le sol n'est plus remué, les défrichements n'ont plus lieu, et la végétation, si active dans ce pays, s'est bientôt emparée des terrains abandonnés.

Le personnel libre, les soldats, les fonctionnaires de toutes sortes qui ne passent ici qu'un temps relativement assez court, qui se trouvent dans d'assez bonnes conditions d'hygiène et qui offrent certaine résistance de l'organisme, ont peu à craindre les effets du paludisme dont ils peuvent presque toujours conjurer les atteintes.

Le miasme paludéen ne sévit avec violence que sur ceux qui sont exposés à ses coups depuis longtemps.

Il n'en est pas de même du poison qui existe ici à côté du premier et dont les atteintes sont d'autant plus sévères qu'il s'adresse à des constitutions moins habituées à lui. C'est probablement un poison analogue qui, l'année dernière à la même époque, a donné sur ce même pénitencier une mortalité si effrayante, puisque le chiffre des décès pendant le troisième trimestre a été de 77 ; car un pays marécageux et qui ne doit ses maladies qu'au miasme des marais ne peut guère changer d'une année à l'autre d'une façon si radicale.— Un fait curieux et qui mérite d'être signalé, c'est que la plupart des cas que je relate dans ce rapport se sont présentés sur des hommes qui n'ont jamais été malades. Ce sont ceux qui ont été épar-

gnés jusqu'à ce jour qui sont éprouvés aujourd'hui, mais plus légèrement.

Sur le convoi de femmes arrivé l'année dernière et qui a offert une mortalité très-forte, il restait trois femmes qui n'avaient pas été éprouvées; aujourd'hui, elles sont en traitement à l'hôpital pour fièvre continue avec caractères assez tranchés de l'affection. Si donc aujourd'hui on recevait au Maroni des troupes fraîches ou des personnes venant directement de France, on serait fortement exposé à donner à la maladie tout l'aliment nécessaire. C'est grâce à la sage mesure de l'administration supérieure de n'envoyer aucun Européen au Maroni, que le répit de ces temps derniers a eu lieu, mais il ne faut pas perdre de vue que le poison existe en ce moment au Maroni et toujours prêt à sévir.

*Considérations générales.* — Depuis que l'existence de ce poison, qui paraît ressembler étrangement à celui de la fièvre jaune, m'est démontrée, j'ai cru de mon devoir d'en rechercher le traitement. Je ne parlerai pas ici du traitement curatif qui est à peu près inefficace dans les cas aigus et très-anodin dans les cas légers, mais bien du traitement prophylactique.

Il m'est à peu près impossible, avec les statistiques qui existent au Maroni, de dire si la fièvre jaune a existé ici de tout temps ou seulement depuis une certaine époque. Cependant, si j'en crois certaines personnes qui habitent le Maroni depuis vingt ans, bien placées pour observer, je suis porté à croire que cette maladie a fait son apparition en 1873 au Maroni, où elle a été importée des Iles-du-Salut ou de Cayenne par des couvertures de laine. Depuis cette époque, elle a à peu près toujours sévi, en présentant des rémissions et des exacerbations.

Il est probable que les rémissions coïncidaient avec le manque d'aliments. S'il en est ainsi, je ne crois pas qu'on puisse accuser le sol ni la météorologie, mais bien l'importation d'un poison qui s'est acclimaté et qui n'a pu être détruit.

En recherchant toutes les causes qui ont pu retenir ce poison, mon attention a été portée du côté de l'hôpital et du magasin général qui a servi à entasser tous les objets non désinfectés des hommes ayant succombé. Il existe, entre autres choses, depuis plus d'un an, dans ce magasin, de la laine et du crin provenant de la literie ayant appartenu à des hommes morts de fièvre jaune.

De plus, il existe tout près de ce magasin des barriques contenant des peaux de bœufs qu'on entasse les unes sur les autres depuis que l'épidémie existe au Maroni, parce que les bateaux refusent avec raison de les porter à Cayenne.

La maison habitée par le capitaine, où est mort M. Bastard et où sont tombés malades plusieurs soldats, n'avait jamais été blanchie il y a un mois; aussi il a été facile de remarquer que tous les hommes en service

chez lui sont tombés malades. En six mois, il a changé treize fois de planton.

*Conclusions.* — En résumé, j'ai l'honneur de proposer à M. le médecin en chef de vouloir bien provoquer des ordres de la part de l'administration pénitentiaire pour me permettre de faire la désinfection générale des pénitenciers.

Ce sera peut-être un moyen efficace de détruire cette cause si fréquente de maladies au Maroni, et qui est en même temps une menace perpétuelle pour toute la Guyane.

Après avoir constaté tous les cas mentionnés et en avoir rendu compte au médecin en chef, je demandai à mettre le Maroni en quarantaine et à l'isoler de tout autre point de la colonie, car la fièvre jaune venait de cesser à Cayenne, et il était important de circonscrire la maladie pour mieux la détruire. Du reste, les cas n'avaient fait qu'augmenter de nombre et de gravité pendant le mois d'octobre.

A la fin de l'année, j'adressai un rapport au médecin en chef, lui rendant un compte exact de ce qui s'était passé et de ce qui existait alors. Je le remerciai d'abord d'avoir bien voulu prendre en main les propositions que j'avais eu l'honneur de lui adresser, au point de vue de l'hygiène et de la santé publique au Maroni. J'établissais sur quelles bases elles étaient fondées, et faisais ressortir les résultats obtenus. Je disais que ma tâche avait été singulièrement facilitée par la bienveillance avec laquelle M. le capitaine de vaisseau Huart, gouverneur de la Guyane, avait accepté toutes les propositions qui lui étaient soumises, en donnant des ordres précis et formels pour l'exécution de tout ce qui était demandé.

*Extrait de mon rapport du 4e trimestre,* 1877.

Les affections paludéennes n'ont joué qu'un rôle très-faible pendant le trimestre qui vient de s'écouler. Déjà, à la fin du trimestre précédent, je m'étais aperçu que j'avais exagéré un peu l'action du paludisme. Je puis affirmer aujourd'hui que le paludisme n'est pas la maladie qui tue au Maroni ; l'impaludation, qui existe cependant, mais à un degré assez faible, n'est qu'une prédisposition morbifique, et quelquefois une complication. Les accès pernicieux sont rares. Un seul figure sur la statistique du trimestre.

Nous étions cependant bien placés pour observer le paludisme. Nous étions dans la mauvaise saison, surtout au mois de septembre et au commencement d'octobre, alors que les marais se desséchaient. De plus, le personnel ne se composait que de gens impaludés de longue main. Du reste, le vieil axiome (*naturam morborum curationes ostendunt*) m'a prouvé qu'il fallait chercher ailleurs la principale cause des maladies. J'ai observé dans le personnel libre et à la transportation, des cas de fièvre très-graves où je n'ai pas donné de quinine, et tous ont parfaitement guéri. Pendant la convalescence, je donnais de temps en temps de petites doses de quinine pour prévenir la complication paludéenne. Dans les cas graves, où j'ai donné le spécifique à haute dose, je n'ai fait qu'aggraver l'état gastrique, déterminer de l'intolérance de l'estomac et de l'agitation, sans arriver à faire tomber la fièvre. Ainsi donc, l'endémie paludéenne est faible au Maroni.

La fièvre jaune que je signalais dans mon précédent rapport, et pour laquelle je demandais des mesures de précaution dès le commencement du mois d'octobre, s'est manifestée sous les formes les plus typiques, et avec une intensité très-grande. Le poison ne demandait qu'à sévir ; nous en avons les preuves les plus certaines. La poussée a été faible, mais le poison était fort, et la différence entre le résultat et la cause ne tient qu'à l'intermédiaire qui manquait. L'administration a agi très-sagement et a empêché une véritable épidémie d'éclater, en retardant l'envoi de nouveaux arrivés.

En effet, vers la fin du mois de septembre, j'avais observé chez les militaires de nombreux cas de fièvre jaune très-graves, mais presque tous suivis de guérison. Ils avaient attiré mon attention et me faisaient tenir sur mes gardes.

Un Arabe, habitant le haut de Saint-Maurice, ayant huit ans de Guyane, et n'ayant jamais été malade, était venu à Saint-Laurent pour y chercher des vêtements. Cinq ou six jours après, il est pris d'une fièvre très-forte avec vomissements, douleurs lombaires et céphalalgie. Il entre à l'hôpital le 8 octobre, tombe en agonie le soir même de son entrée, et le lendemain matin, il rejetait en ma présence des flots de matière noire contenant des globules sanguins et présentant tous les caractères du sang en nature. L'autopsie a été concluante. Il existait de la matière noire dans l'estomac et dans le tube digestif. L'estomac était hypérémié et ulcéré. Le foie était couleur farine de moutarde et contenait des gouttelettes de graisse. La rate était normale ; l'enveloppe avait sa couleur gris-ardoise habituelle et le tissu était dur et résistant.

Prévoyant ce qui devait arriver, je me suis rendu dans la case de cet Arabe ; j'ai fait brûler la plupart des objets et fermer la case. Mais déjà ses camarades s'étaient partagé la dépouille ; l'un d'eux devait payer le larcin

de sa vie. En effet, un Arabe, voisin de case du premier, et qui avait coopéré au partage du butin, a été pris, vers le 15, d'une fièvre continue avec vomissements. Il s'est traité à domicile et, le 26 octobre, il entrait à l'hôpital à l'agonie. A l'autopsie on constate la teinte jaune manifeste des tissus. L'estomace est dilaté par des gaz et des liquides. Il contient 300 gr. de liquide marc de café, dans lequel on retrouve les globules sanguins altérés. La muqueuse est pâle, exsangue et ne semble pas altérée à l'examen microscopique. L'intestin grêle est rempli d'une matière noire, infecte, semblable à de la marmelade de pruneaux. Aux endroits dilatés de l'intestin, cette matière est presque sanglante. Le cœcum est rempli par une masse de caillots sanguins, presque purs. Le foie pèse 1,750 gr., de couleur café au lait. La rate pèse 550 gr.; son tissu est ferme, noir; on y voit facilement les corpuscules de Malpighi. Les reins sont volumineux et pèsent 520 gr.

Un fait de contagion plus curieux est le suivant : quelques jours après la mort du premier, un nouvel Arabe, en traitement à l'hôpital pour une affection légère, dans la salle même où avait eu lieu le décès, a été pris subitement d'une fièvre continue, avec température très-élevée pendant huit jours; il a présenté tous les symptômes de l'affection. Il a succombé le 21 octobre, le neuvième jour de sa maladie. A l'autopsie, j'ai constaté la teinte ictérique des tissus, la présence de 300 gr. de liquide noir contenant des globules sanguins dans l'estomac, des arborisations et des ulcérations de cet organe. Le foie pesait 1,379 gr. et était de couleur farine de moutarde. La rate était normale ; couleur gris-ardoise à l'intérieur.

Un autre Arabe a été pris, dans la même salle, à quelques jours d'intervalle, de la même affection, mais il a guéri.

Au moment où je constatais l'influence si manifeste du poison, je recevais des placers, des coolies envoyés à l'hôpital, pour diverses affections. Une femme coolie entre pour se reposer, et n'ayant que huit mois de Guyane, est restée dix jours à l'hôpital, sans rien présenter de spécial. Elle fut prise alors subitement d'une fièvre continue dont la marche a été rapide, puisque 6 jours ont suffi pour l'enlever. Elle avait présenté des vomissements noirs ; les conjonctives étaient couleur minium ; elles étaient, pour ainsi dire, enflammées. Urines rares ; présence de l'albumine; diminution de l'urée. A l'autopsie, teinte jaune des tissus ; liquide marc de café dans l'estomac et tout l'intestin. Le foie avait encore la couleur farine de moutarde, et les cellules hépatiques contenaient des gouttelettes de graisse en abondance. La rate était normale.

Deux coolies arrivés des placers, en même temps que cette femme, ont été pris, à quelques jours d'intervalle, d'une fièvre continue avec teinte jaune des conjonctives, vomissements, agitation, albumine dans les urines. L'atteinte a été assez grave chez tous les deux. L'un d'entre eux a failli

mourir. Le second, après avoir fait les frais de la maladie, a succombé à une fâcheuse complication, une pneumonie.

Pendant ce temps, les militaires étaient fortement éprouvés. L'un d'eux a été atteint d'une fièvre jaune des plus graves qui a mis sa vie en danger. Quelques autres ont eu des atteintes sévères qui ont guéri, grâce à l'acclimatement. Tous ceux qui ont été fortement atteints sont ceux qui n'avaient jamais été malades.

Une dame de surveillant, habitant le Maroni depuis dix-huit mois, a été prise de l'affection en allant voir son mari à l'hôpital. L'affection a été enrayée, mais a laissé dans son organisme, déjà très-compromis par un état tuberculeux, une telle empreinte qu'elle n'a pas pu se relever et a fini par succomber.

Le 18 novembre, j'ai encore constaté un nouveau décès de fièvre jaune sur un coolie venant des placers. Il était entré à l'hôpital surtout pour accompagner sa femme et son enfant, atteints tous les deux de fièvre paludéenne, quand, vers le sixième jour de son entrée, il a été pris à l'hôpital d'un violent frisson, suivi d'une fièvre continue qui a duré cinq jours et qui s'est terminé par la mort. C'est un cas type de l'affection et parfaitement caractérisé; rien n'y manque : la courbe thermique, la marche de la maladie qui a été rapide, les symptômes cliniques observés et les lésions après la mort. L'estomac contenait une matière noire, marc de café avec des globules sanguins; le foie était couleur farine de moutarde; la rate était dure et pesait 300 gr.; la teinte jaune très-accusée. Ce fait prouve bien que l'hôpital était un foyer très-actif et que le poison était très-intense.

Le 23 novembre, nous avons encore eu un décès de fièvre jaune sur un Arabe. C'est un cas type et rapide, car la maladie a duré à peine quatre jours. C'est un homme qui arrivait depuis deux mois du nouveau chantier; il est entré à l'hôpital pour fièvre et anémie, est sorti bien guéri et bien remis, et c'est trois semaines plus tard environ qu'il a été pris de la maladie à laquelle il a succombé.

Enfin une sœur de l'hôpital, arrivée à la Guyane il y a trois mois et provenant de la Guadeloupe où elle avait fait un séjour de deux ans, a été prise de l'affection à l'hôpital même. Elle était employée à la lingerie, et c'est là qu'on a porté tous les objets provenant des salles au moment de la désinfection. La maladie a présenté tous les symptômes typiques, début brusque, agitation, intolérance stomacale, hémorrhagie gingivale, langue rouge, dépourvue d'épithélium. Elle a succombé le 13 décembre en présentant ce mieux de la mort le plus caractérisé et une température de 41,8.

Voilà l'histoire de la poussée épidémique ou, pour mieux dire, le résumé des cas types et indiscutables.

Mais à côté de ces faits si positifs et si irréfutables, il en est d'autres

moins nets et moins bien dessinés. Ce sont, en général, les cas qui ont guéri. Cela est facile à comprendre, car il en est de cette maladie comme de toutes les autres, elle a ses formes et ses degrés. Le poison absorbé est plus ou moins fort, et la résistance organique est plus ou moins grande. La forme diffère souvent, mais le fond est toujours le même ; c'est ce que j'ai pu constater bien des fois.

*Opérations de désinfection.* — Après avoir constaté l'enchaînement des cas mentionnés, je restai de plus en plus convaincu de l'heureux résultat d'une désinfection complète et sérieuse. Aussi aucune précaution n'a été négligée et rien n'a été omis.

L'hôpital où je venais d'avoir de nombreux cas, et qui était un véritable foyer d'infection, devait être désinfecté tout d'abord.

Les salles ont été successivement évacuées. Les murs ont été soigneusement grattés, tout a été passé au chlorure de chaux et à l'acide phénique, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur. Les ouvertures ont été ensuite hermétiquement fermées et les salles fumigées au chlore pendant trois jours. Les murs ont été ensuite blanchis à la chaux.

La literie a été complétement changée, la paille brûlée et renouvelée, les matelats refaits, après avoir ébouillanté la laine et lavé les toiles. Les fers de lit passés au coaltar. Les couvertures ont été exposées à un courant de chlore.

En même temps, et pour ainsi dire simultanément, les opérations de désinfection se produisaient sur d'autres points qui paraissaient infectés. C'est ainsi que le magasin général, où on avait entassé toutes sortes d'objets de literie depuis de longues années, m'avait paru devoir être désinfecté soigneusement.

La caserne a été entièrement fumigée.

Les peaux de bœufs entassées à l'abattoir depuis plusieurs années ont été condamnées et jetées à la mer.

Le magasin d'habillement, qui ne doit contenir que des objets neufs pour être distribués au personnel de la transportation, contenait aussi tous les vieux objets hors d'usage, tels que les couvertures ; les sacs des hommes entrant à l'hôpital y étaient remisés avant d'avoir été nettoyés. J'ai demandé qu'on apportât des modifications à cet égard.

*Considérations générales.* — Ainsi, je pense avoir suffisamment prouvé l'existence d'une maladie épidémique et contagieuse au Maroni, et avoir établi que c'est bien la fièvre jaune qui règne. Il me semble aussi parfaitement prouvé que ce miasme infectieux ne s'est pas développé sur place ; il a été importé soit à une époque, soit à une autre. Depuis plusieurs années, il est devenu endémique, par suite de circonstances favorables à son développement, parmi lesquelles je citerai d'abord la climatologie, mais surtout le renouvellement du personnel.

Les poussées épidémiques ont toujours coïncidé avec l'arrivée de nouveaux éléments. C'est ainsi que l'année dernière, au moment où le poison diminuait d'intensité, sans avoir complétement disparu, il est arrivé des hommes tous jeunes et robustes qui ont été décimés par le fléau. Le convoi de femmes arrivant plus tard a aussi payé un large tribut. Les militaires qui étaient renouvelés tous les trois ans étaient pris dès leur arrivée, et la mortalité a été effrayante, puisqu'elle a été de 30 p. 100.

Cette année une même compagnie a fait un long séjour sans subir des pertes bien grandes. La mortalité a été de 6 pour toute l'année, et ce résultat relatif ne tient qu'au long acclimatement des hommes. Le poison existait pourtant et peut-être aussi fort et aussi intense que les années précédentes : nous en avons eu des preuves. Les soldats eux-mêmes en ont ressenti les atteintes, mais ils ont tous supporté le choc, parce que le poison, auquel ils étaient habitués de longue main, n'avait pour ainsi dire plus de prise sur eux.

Mais ce miasme infectieux n'était pas répandu partout ; il s'était surtout localisé en certains endroits. Nous avons vu des personnes, habitant les hauts quartiers de Saint-Maurice, venir passer une journée à Saint-Laurent au moment où le foyer était actif et être emportées comme si jamais elles n'avaient été habituées à ses effets. Nous avons vu des coolies venant des placers contracter à l'hôpital le germe de la maladie qui les tuait rapidement. Nous avons vu des Arabes qui étaient restés dans les chantiers depuis leur arrivée à la Guyane contracter la maladie et en mourir, dans la salle même où ils s'étaient guéris de la fièvre paludéenne et où ils se reposaient. Par contre, nous avons vu les personnes habituées au poison être atteintes quelquefois, mais presque toutes guérissaient ou au moins présentaient des symptômes tout différents, montrant la résistance que donne l'assuétude.

Il ne faut pourtant pas croire que l'assuétude soit tout. Ce qu'on peut dire, c'est qu'elle empêche les cas mortels rapides, mais ce qui est certain, c'est que si l'on vient à être exposé à l'action constante du poison, dans un milieu où il se renouvelle, l'action pour être lente n'en est pas moins certaine, quel que soit le degré d'acclimatement, surtout si l'équilibre de l'organisme est rompu par une cause ou par une autre. C'est ainsi que des malades séjournant dans des salles empoisonnées ne pouvaient pas se relever, quand dans toute autre circonstance ils auraient pu guérir, et s'ils ne mouraient pas véritablement de la fièvre jaune, le poison qui donne naissance à cette terrible maladie agissait d'une manière très-manifeste sur ces organismes déjà affaiblis et usés, amenait une déglobulisation rapide et précipitait la mort. Nous pourrions en citer de nombreux exemples.

Ces considérations suffisent pour justifier les mesures de désinfection que j'ai demandées.

Les résultats sont déjà palpables.

Le nombre des malades a déjà diminué d'une manière sensible, l'état sanitaire s'est beaucoup amélioré. Pas un soldat n'est malade ; l'hôpital du personnel libre est vide, et cela ne s'était pas vu depuis longtemps. Pas de fièvre jaune depuis plus d'un mois ; pas même un seul cas douteux.

Je suis persuadé que l'année 1878 se ressentira beaucoup de toutes ces précautions. C'est surtout dans un mois ou deux que l'on pourra en apprécier les effets.

*Conclusions.* — En résumé, le pénitencier de Saint-Laurent du Maroni est un pays très-habitable, dont le mauvais état sanitaire des dernières années ne doit pas être attribué aux marais, mais à l'importation d'une maladie infectieuse qui s'est acclimatée. Il y a eu toujours quelques cas soit mortels, soit légers, de cette maladie et les cas légers contre lesquels on ne prenait aucune précaution étaient surtout la source de contagion.

Il peut être possible de débarrasser le Maroni de cette maladie, qui sévirait toujours avec la même intensité sur les nouveaux arrivés si on ne la détruisait, et qui empêcherait l'envoi de tout nouvel élément.

Les précautions sanitaires qui viennent d'être employées ont contribué à diminuer le poison, sinon à le détruire complétement. Il est essentiel qu'elles soient continuées et que la plus grande surveillance soit observée. »

## ANNÉE 1878.

Au commencement du mois de janvier, la quarantaine imposée au Maroni, en raison des nombreux cas de fièvre jaune qui avaient été constatés, fut levée et le pénitencier fut admis à communiquer librement avec le reste de la Guyane. C'est à ce moment que la compagnie fut changée et que le D^r^ Fouque vint me relever.

Il trouve a son arrivée l'état sanitaire très-satisfaisant et pendant le premier mois il n'a à traiter, comme cas intéressants, que deux soldats d'infanterie de marine arrivés en même temps que lui par l'*Alecton*, qui avaient été éprouvés par le mal de mer et qui ont présenté, dès leur arrivée, des embarras gastriques.

*Extrait du rapport de M. Fouque, sur le 1^er^ trimestre.*

Le service m'a été remis par M. Burot dans les meilleures conditions. Le fièvre jaune venait de se terminer et les mesures hygiéniques les plus rigoureuses avaient été appliquées dans le pénitencier, tant pour ce

concerne la salubrité locale que pour prévenir une nouvelle importation de la maladie.

Toutes ces prescriptions, exécutées avec la plus scrupuleuse exactitude, ont dû, à n'en pas douter, contribuer à éteindre le fléau qui ravageait si cruellement le pénitencier depuis plusieurs années. Aussi ma tâche a-t-elle été rendue plus facile, et je suis heureux d'avoir vu les efforts de mon collègue récompensés par un témoignage officiel de satisfaction de la part de M. le Gouverneur.

L'état sanitaire du Maroni, toujours resté excellent depuis mon arrivée dans la colonie pénitentiaire, n'a été troublé qu'un instant par l'explosion de la fièvre paludéenne avec complications gastriques.

Je n'en vois la cause que dans une perturbation momentanée dans l'état météorologique. Dans les premiers jours du mois de mars, en effet, la saison des pluies qui avait à peu près manqué jusque-là, avait semblé, par la continuité et l'abondance des averses pendant deux ou trois jours, se constituer d'une façon décisive. Mais une sécheresse brusque et absolue de huit jours et l'influence d'un soleil ardent, occasionnent, en desséchant les marais, la genèse de miasme fébrigène. Je me hâte d'ajouter que cette mauvaise influence ne s'est pas prolongée, car les pluies ont fini, après quelques oscillations, par s'établir tout à fait, et ont régularisé par ce fait la situation sanitaire.

Les maladies épidémiques n'ont pas existé. La fièvre jaune avait cessé d'exister sur le pénitencier de Maroni, depuis le commencement de décembre.

Dans le courant du mois de juin, on signale sur le pénitencier de nombreux cas de fièvre, avec embarras gastrique et d'embarras gastrique bilieux, et de fièvre inflammatoire.

M. Fouque en rend compte dans son rapport du 2e trimestre, en ces termes :

« La physionomie pathologique de ce trimestre n'est pas la même dans toute sa durée, et l'on peut y considérer deux périodes bien tranchées : l'une du 1er avril, vers la fin de mai, et l'autre de cette époque à la fin de juin. Cette dernière pourrait être prolongée même au delà, s'il n'y avait nécessité de me renfermer dans un cadre limité. L'une et l'autre sont sous une dépendance remarquable, relativement aux influences météorologiques qui ont coïncidé avec le développement des maladies de leur époque respective.

La première période, en effet, correspond à la saison des pluies, et ne fournit que des maladies légères, le plus souvent, d'ordre climatérique, mais non directement liées aux influences endémiques.

La seconde période, au contraire, se ressent tout d'abord du mouvement météorologique qui caractérise les saisons de transition. La saison des pluies cesse et est remplacée par une saison mixte, d'une durée d'un mois et demi environ. Les orages sont fréquents, presque quotidiens, et surviennent presque à heures fixes ; la température s'élève. La direction des vents change ; de la position constante au N.-E. ils passent alternativement du N.-O. au S.-O. et modifient, par suite, la nature et peut-être la composition de l'air ambiant au point de vue des matières organiques ou des effluves qu'ils apportent des terres plus ou moins malsaines. Si l'on joint à cela les phénomènes particuliers et ordinaires des orages, dont l'intensité est fort variable, on aura la représentation à peu près complète de la météorologie du moment ; ses rapports avec les phénomènes pathologiques ne sont pas douteux. Ils se traduisent par une exagération fonctionnelle du foie, d'où un état bilieux constant et plus ou moins accusé, suivant les tempéraments, le genre de vie, l'état de santé actuel, etc. Les embarras gastriques bilieux en grand nombre, et quelques manifestations du paludisme ; tel est le résumé de la constitution médicale de la deuxième période du deuxième trimestre.

Envisagée dans ses effets prochains, voici la succession des phénomènes pathologiques.

1° Fonctionnement exagéré du foie. — Polycholie.

2° Retentissement sur l'appareil digestif. — Embarras gastriques bilieux.

Le fonctionnement exagéré du foie se traduit habituellement par des signes peu apparents au début, mais qui n'échappent pas néanmoins à l'observation. C'est un assoupissement, une tendance au sommeil inusités, très-rapidement suivis d'inappétence, de fatigue générale et d'inaptitude à tout travail physique ou intellectuel. Quelques heures après, la fièvre s'allume, la face rougit, les yeux s'injectent, la peau se dessèche. Des nausées ou des vomissements bilieux se produisent. Il y a constipation et diminution sensible de la sécrétion urinaire. Les malades sont agités et le sommeil est impossible.

Si, à cette période, un traitement énergique est appliqué, tout se borne là. Les symptômes persistent encore pendant vingt-quatre heures environ, puis, sous l'influence d'une dérivation intestinale soutenue, toutes les fonctions reviennent peu à peu à leur état normal.

Si, au contraire, on laisse suivre à la maladie son cours naturel (et c'est le cas le plus habituel, les malades ne venant réclamer des soins que longtemps après que la maladie est établie), l'estomac, chargé de bile, ne remplit plus ses fonctions et repousse tout aliment. La langue s'épaissit, se charge d'un enduit vert ou jaunâtre ; la faiblesse augmente. La fièvre devient continue ; parfois elle simule les allures de la fièvre intermittente

quotidienne, sans cependant être précédée de frissons. Une céphalalgie intense s'établit, et les malades se plaignent de douleurs lombaires violentes.

Le traitement par l'ipéca et les purgatifs salins administrés à un intervalle de temps variant de six à sept heures ont, en général, raison des accidents. Le tube digestif, débarrassé des matières septiques qu'il contenait, la fièvre tombe, et une amélioration sensible se produit. Mais, souvent, tout reviendrait en question, si on bornait là la médication ; il s'agit de déterminer un courant continu dans un sens qui dégage l'estomac, et c'est dans ce but que la médication purgative, continuée pendant deux ou trois jours encore, amène l'effet désiré, c'est-à-dire l'extraction complète de l'économie d'un principe qui pourrait être considéré comme un venin agissant sur les racines de l'appareil absorbant et se répandant partout par les voies ordinaires de l'absorption digestive. Ces effets, qu'il n'est pas possible d'attribuer à d'autre cause qu'à la météorologie du moment, se sont généralisés sur toute l'étendue du territoire du Maroni, et la plus grande partie du personnel de cet établissement en a subi l'influence.

Concurremment avec les embarras gastriques bilieux, j'observais une autre maladie qui emprunte à ces derniers plus d'un de leurs caractères, et particulièrement l'état bilieux. Je veux parler de la fièvre inflammatoire.

Les cas en ont été peu nombreux. C'est la troupe qui en a fourni le plus. Début brusque, céphalalgie intense, douleurs lombaires très-violentes, aspect animé et coloration rouge de la face et du tiers supérieur du tronc, y compris les membres supérieurs. Dans un cas, ce fut une véritable éruption scarlatiniforme généralisée. Injection des conjonctives, chaleur sèche de la peau, à 40. Pouls fort, fréquent (100 à 110 pulsations). Inappétence. Langue sèche, rouge sur les bords et blanc-grisâtre au centre. Soif vive. Diminution de la quantité des urines. Constipation. Tel est l'ensemble des symptômes. Une dose d'ipéca le plus près possible du début, suivie de l'administration d'un purgatif salin, quelques heures après, ont, dans tous les cas, amené une détente complète dans les douze heures, au point que je ne reconnaissais plus, le soir, les malades que j'avais vus le matin. La durée de l'affection n'a jamais été de plus de vingt-quatre heures, et celle-ci pourrait entrer dans le cadre des fièvres éphémères des pays chauds, à la météorologie desquels elle emprunte certainement son étiologie.

Cette fièvre, essentielle dans quelques cas, a été suivie chez d'autres des manifestations du paludisme, borné seulement à un ou deux accès de fièvre. Était-ce le masque de cette dernière affection provoquée par les influences générales dont j'ai parlé ? Il est permis de le croire, si on considère surtout que ces malades étaient sujets, à intervalles irréguliers, à la fièvre intermittente. Chez un soldat, j'ai observé un accès de fièvre ortiée des mieux caractérisés.

En résumé, cas nombreux d'embarras gastriques bilieux, cas rares de fièvre inflammatoire. Tel est le bilan du 2e trimestre.

Au mois d'août, je remplaçai M. Fouque au Maroni et le 9 septembre j'adressai au médecin en chef une lettre, dont j'extrais quelques lignes :

« Le mois d'août a été assez mauvais, car il présente une mortalité assez forte et on serait peu rassuré pour l'avenir, si l'on ne remarquait que la plupart des malades qui ont succombé étaient déjà usés et épuisés par des causes de toutes sortes, que leur constitution altérée n'a pas pu faire les frais des indispositions légères qui ont activé la maladie première, ou créé une prédisposition spéciale aux influences du moment.

Mais ce qui me rassure bien plus, c'est l'ensemble de l'état sanitaire.

J'ai remarqué que la plus grande partie des entrées était constituée par les hommes qui sortaient de l'hôpital. Les salles de la transportation ont été encombrées par un grand nombre de malades, et l'air vicié qu'ils respiraient ne leur permettait pas de se remettre complétement.

J'ai créé une salle de convalescence où je fais passer presque tous les malades avant de sortir de l'hôpital, et je crois en obtenir de bons résultats.

Rien de grave à la transportation.

Dès mon arrivée sur le pénitencier, j'ai eu à traiter les militaires pour des affections semblables à celles qu'ils avaient à Cayenne. Il est à remarquer que ce sont ceux qui n'ont pas été atteints au chef-lieu qui le sont ici. Il est difficile d'accuser complétement le Maroni de ces affections, car les hommes sont entrés à l'hôpital dès le lendemain et le surlendemain de leur arrivée ; un ou deux étaient tombés malades sur le bateau. Ce sont des fièvres rémittentes à forme gastrique qui cèdent admirablement à l'ipéca et aux purgatifs répétés. La quinine est absolument inutile.

Quelques cas m'ont paru présenter des symptômes plus accusés, avec un léger liséré gingival et un peu d'érythème du scrotum ; je les ai appelés fièvres inflammatoires. Cependant, il n'est pas dans ma pensée d'en faire deux maladies différentes ; je considère tous ces différents cas comme des variétés de la même affection. La fièvre gastrique simple n'en serait que le premier degré ; c'est une fièvre rémittente où dominent les symptômes gastriques. La fièvre inflammatoire n'est aussi qu'une fièvre rémittente où dominent les symptômes de réaction inflammatoire ; elle présente aussi elle-même des degrés dans son intensité.

Voilà, en quelques mots, la situation exacte ; il n'y a donc rien d'alarmant, puisque les cas qui me donnaient le plus de défiance au point de vue de leur nature, se sont terminés par la guérison. Mais tous ces cas me

font tenir sur mes gardes et observer avec soin ; avec quelques précautions hygiéniques, je pense arriver à une situation beaucoup plus nette ; ainsi, depuis le commencement du mois de septembre, il n'y a eu qu'un seul décès d'anémie et de cachexie très-avancé. »

Voici maintenant un extrait très-détaillé de mon rapport sur le 3e trimestre :

« Le commencement de ce trimestre a eté marqué paru ne recrudescence dans le nombre des malades, et on pourrait craindre avec raison la réapparition de la fièvre jaune à l'état épidémique. Heureusement les maladies ont présenté un caractère de bénignité extraordinaire Elles avaient toutes le même cachet et les différences symptomatiques qu'elles ont présentées ne tenaient qu'à des complications dépendant plutôt du terrain sur lequel elles s'implantaient que d'une nouvelle cause morbide. Les embarras gastriques simples, les fièvres gastriques, les fièvres inflammatoires et la cachexie résultant dans certaines conditions de ces affections premières; voilà, d'une manière générale, le bilan de la pathologie pendant le trimestre.

Les mois de juillet et d'août sont assez chargés, comme nombre de malades. Le mois d'août offre un chiffre de mortalité très-élevé, et l'on aurait été en droit d'avoir des craintes très-sérieuses, au moment surtout où la saison de la sécheresse allait s'établir d'une façon très-brusque, si l'on n'avait vu dans les affections auxquelles ont succombé les malades que des manifestations de l'impaludation.

Dès le commencement de septembre, en effet, les pluies ont cessé brusquement, la chaleur a été accablante, la brise ne s'est établie que difficilement, et les marais étaient dans les meilleures conditions pour évaporer leurs effluves.

Cependant, le mois de septembre est encore le meilleur des trois, car le nombre des journées de traitement est inférieur à celui d'aucun autre mois de l'année.

Il est utile, pour comprendre ces différences, d'entrer dans certains détails sur les maladies observées, et d'étudier préalablement les conditions météorologiques qui ont pu favoriser leur développement.

*Météorologie.* — L'année a été exceptionnellement mauvaise, au point de vue de la météorologie. Jamais on n'avait vu régner d'une façon aussi continue, pendant plusieurs mois, les vents d'Ouest et de Sud-Ouest. Ils ont existé d'une manière à peu près constante pendant les mois de juin, juillet et août.

Depuis mon arrivée au Maroni, le 12 août, jusqu'au 31 du même mois, ils ont régné presque tous les jours, accompagnés de grains de pluies et

d'orages. Pendant le mois de septembre, ils ont varié entre le S.-E. et le N.-E.

Le pluviomètre a donné, pendant le mois de juillet, 185 millim.; pendant le mois d'août, 115 millim.; du 1er septembre au 5 septembre, 20 millim.; et depuis le 5 septembre jusqu'à la fin de septembre, à peine 2 millim. On peut donc dire que les pluies ont cessé brusquement, en même temps que les vents ont changé.

On comprend que toutes ces influences météorologiques puissent avoir une certaine action sur le développement des maladies endémiques. Le fait est facile à admettre, car il a été maintes fois signalé, non-seulement au Maroni, mais dans d'autres pays où existent des maladies à peu près semblables, comme dans les Antilles, où les vents du Sud, qui cependant ne proviennent pas des contrées marécageuses, coïncident avec une recrudescence dans les maladies.

Il est bien plus difficile d'établir au juste quelle est la part qu'ils prennent au développement des maladies et de quelle manière ils agissent.

La théorie la plus généralement admise est celle qui consiste à les regarder comme vecteurs des effluves qu'ils empruntent aux marais sur lesquels ils passent.

Au Maroni, il est bien difficile que les vents ne traversent par les marais, car il y en a de tous côtés, si on entend par marais des terrains non cultivés, mais envahis par une végétation luxuriante ; il y en a aussi bien dans l'Est que dans l'Ouest, et les vents de l'Est et du Sud-Est qui passent également sur des marais et qui les dessèchent sont les vents les plus sains. Ce sont ces vents qui ont régné pendant le mois de septembre, et nous avons vu les maladies diminuer de nombre et d'intensité, malgré le dégagement des émanations maremmatiques qui devait être à son maximum.

Je suis plus disposé à attribuer l'action nuisible des vents du Sud et de l'Ouest à leurs propriétés physiques. D'abord, ces vents agissent désagréablement sur l'organisme qu'ils alourdissent ; ces vents sont généralement chauds et humides et chargés d'électricité ; l'état hygrométrique est à son point de saturation. L'action de la chaleur humide sur l'organisme est de mettre obstacle à la perspiration cutanée, de ramollir tous les tissus et de déprimer les forces.

Pour peu qu'on ait observé au Maroni, on doit savoir que les fonctions ont une tendance extrême à l'inaction ; la constipation est la règle ; la peau devient souvent sèche, le foie fonctionne mal, et il est rare de voir des évacuations bilieuses abondantes et continues.

Voilà un premier mode d'action qui est indiscutable, parce que tout le monde l'a perçu. Cette action est déjà assez puissante pour faire évoluer une maladie qui ne demande qu'à éclore, car elle se joint aux autres causes pour rompre l'équilibre des fonctions. Mais il est un autre mode d'action

de ces vents, plus difficile à admettre, parce qu'elle est moins palpable ; c'est l'action sur la cause première des maladies.

L'humidité et la chaleur jointes à l'électricité sont les conditions les plus favorables aux fermentations et au développement des germes. Si on admet, comme je suis disposé à le croire, que les maladies qui règnent au Maroni sont dues principalement à des germes de nature animale qui n'ont pas besoin de marais pour naître, mais qui se trouvent plus spécialement localisés en certains endroits, on comprendra toute l'action malfaisante de ces vents, en faisant pulluler ces germes, les augmentant de quantité et en leur donnant, par conséquent, une force et une intensité beaucoup plus grandes. En admettant ces idées, on comprendra plus facilement pourquoi on a vu les maladies augmenter pendant les mois les plus pluvieux de l'année.

M. Pasteur a établi, encore dernièrement, que les vibrions adultes disparaissaient à la longue, se brûlant et perdant leur virulence, et que les corpuscules germes, au contraires, se conservent prêts pour de nouvelles cultures et de nouvelles inoculations. Ainsi, ces petits organismes, qui n'étaient probablement que des dérivés et des restes de ceux qui produisaient les années précédentes des maladies épidémiques, se sont réveillés, sous l'influence de conditions favorables, mais ils n'ont produit que des maladies légères, probablement parce que les germes n'ont pas pu produire d'un seul coup des vibrions en quantité suffisante.

Vous voyez que je m'efforce, par des hypothèses hasardées, à donner à certains vents la juste part qui leur revient dans la production des maladies. Je ne me dissimule pas la difficulté de la question, et je n'ai pas la prétention de la résoudre. Mais j'ai été tellement frappé de voir à chaque instant, dans tous les rapports, attribuer exclusivement aux météores la production des maladies, que je n'ai pu résister au désir de formuler une opinion tendant à accorder à ces vents une action manifeste, mais tout à fait accessoire, puisqu'ils ne feraient que favoriser dans une certaine mesure le développement des germes, mais que ces germes peuvent exister en dehors d'eux et indépendamment d'eux.

En 1876, lorsque l'épidémie de fièvre jaune était au Maroni le plus intense, puisqu'il y a eu 75 décès dans le 3e trimestre, portant plus spécialement sur les individus les plus robustes, on appelait le vent d'Ouest le vent de la mort, parce qu'il semblait hâter la terminaison fatale, et que son apparition était toujours suivie de nombreuses entrées à l'hôpital.

Et cependant c'est à peine s'il est signalé comme ayant régné deux ou trois fois par mois.

Son action était donc plus sensible que jamais, puisqu'il venait donner le coup de fouet à des organismes dont les fonctions étaient déjà presque suspendues et que, d'un autre côté, il pouvait activer l'action des ferments qui existaient en abondance.

Mais ce n'était là qu'une cause de maladie ou de mort tout à fait accessoire. L'année dernière, au mois d'octobre, lorsque j'observais de nombreux cas de fièvre jaune, ayant un caractère de contagion très-manifeste, je n'ai pas vu un seul jour de vent d'Ouest, et pendant tout mon séjour de l'année dernière au Maroni, je ne l'ai pas remarqué et cependant je le cherchais. Ce qui n'a pas empêché la fièvre jaune de régner à l'état épidémique.

Cette année, il a soufflé plus que jamais avec violence et, en amenant des orages, il a augmenté le nombre des malades, sans avoir une influence bien marquée dans la terminaison des maladies, parce que, malgré tout, elles étaient légères.

Ce qui prouve qu'il faut quelque chose de plus que les météores pour produire les maladies ; s'il n'y avait pas un élément particulier sur lequel ils agissent, ils ne feraient qu'impressionner désagréablement le corps par l'humidité, mais ils sont incapables de produire à eux seuls une épidémie, si légère qu'elle soit, si le poison fait défaut.

En résumé, les vents du Sud et de l'Ouest, qui sont à chaque instant signalés comme malsains au Maroni, agissent de deux manières :

1° En favorisant les fermentations ;

2° En impressionnant désagréablement l'organisme et en lui enlevant les forces de réaction nécessaire.

Dans tous les cas, ils ne sont jamais qu'une cause accessoire des maladies et ne peuvent pas engendrer à eux seuls des épidémies, parce qu'ils ne portent point avec eux les principes morbides, mais qu'ils agissent par leurs propriétés physiques sur ceux qu'ils rencontrent, sans toutefois les déplacer beaucoup, ni les porter à grande distance.

*Maladies endémiques.* — Les principales maladies qui ont régné pendant ce trimestre peuvent se rapporter à la même cause. La forme diffère souvent, mais le fond est toujours le même. C'est ce que je vais essayer d'établir le plus brièvement possible, car un rapport trimestriel ne comporte pas de développements qui seraient cependant nécessaires pour l'explication de certaines idées.

Je n'ai pris le service que dans la moitié du trimestre ; cependant j'ai observé suffisamment pour avoir une opinion sur les maladies régnantes, surtout quand je rapproche ce que je vois aujourd'hui de ce que je voyais l'année dernière.

Avant mon arrivée, mon prédecesseur signalait de nombreux cas d'embarras gastriques bilieux, qui, d'abord, avaient été simples, mais qui, plus tard, s'étaient compliqués d'ictère. Une constitution catarrhale était venue s'enter sur ces maladies premières et avait déterminé plusieurs cas de pneumonie. Un cas de rémittence bilieuse suivi de mort avait eu lieu pendant le mois de juillet.

Quelques fièvres pernicieuses pendant le mois d'août.

L'anémie était toujours la maladie dominante.

Toutes ces maladies avaient fait leur apparition, et s'étaient généralisées sous l'influence des conditions météorologiques.

Je ne puis que répéter la même chose, et ce sont toujours les mêmes affections qui ont continué à sévir, à part néanmoins la constitution catarrhale qui a cessé avec les pluies.

Dès mon arrivée, j'ai eu à traiter plusieurs cas très-intéressants. C'est dans le personnel libre qu'ils ont eu lieu.

Le premier est un jeune créole de Cayenne, mécanicien à l'usine de Saint-Maurice, arrivé depuis deux mois au Maroni, et entré à l'hôpital le 14 août 1878. Il était malade depuis le 10 ; avait été pris subitement de fièvre avec frisson, mal de tête et de reins, brisement des jambes et avait en même temps des coliques. A son entrée, fièvre intense, teinte jaune des conjonctives, douleur violente à l'estomac, vomissements bilieux et aqueux. Les ganglions inguinaux et cruraux des deux côtés sont indurés et autour des masses ganglionnaires, il existe une masse molle, de nature gélatineuse. Le lendemain a des selles abondantes, jaunes et fétides. La langue est rouge et dépourvue d'épithélium à la pointe ; agitation continuelle ; chaleur de la peau très-grande.

Dans le courant de la maladie, il a présenté dans les urines, dans les premiers jours, l'anneau de Vidaillet qui a fait place à une teinte bilieuse peu marquée et qui n'a duré que quelques jours et bientôt on n'a plus rien remarqué jusqu'au 24 août, où on a observé un anneau blanchâtre qui est devenu de plus en plus épais et a été remplacé par une couche d'albumine très-manifeste qui persiste encore et en quantité notable. Les selles ont été presque toujours liquides, elles ont été noirâtres et semblaient contenir des traces de sang. Il existait sur les gencives un enduit pultacé très-marqué qui s'est rapidement dissipé. Le scrotum a présenté des croûtes et s'est dépouillé. Le corps a offert une légère desquamation. Les conjonctives ont perdu rapidement leur teinte jaune et sont devenues normales. La soif a été vive ; l'appétit s'est presque toujours conservé et les vomissements n'ont duré que les premiers jours.

Il a présenté de la dysphagie. Rien du côté des hypochondres. Le ventre a offert à certains moments un ballonnement considérable. Il y a de la bouffissure de la face et des membres. Les lèvres se sont tuméfiées et remplies de boutons d'herpès et de croûtes dans le nez.

L'odeur de tout le corps était repoussante, c'était une odeur de pourri. Du côté des aines, les tumeurs n'ont fait qu'augmenter et s'étendre d'une façon extraordinaire. La suppuration a été longue à s'établir. Au début, il a été fait une application de sangsues; le sang a coulé pendant plus de 4 jours, sans qu'il fût possible de l'arrêter complétement. Le sang qui sortait

n'était que de la sérosité sanguinolente qui avait une odeur repoussante. Plusieurs fois il a été fait des scarifications et des incisions sur ces masses pour détendre les tissus et toujours il s'écoulait un sang noir et fétide. A la longue, il s'est fait plusieurs collections purulentes qui par l'ouverture ont donné lieu à l'écoulement d'un pus sanieux. Du côté gauche, il s'était formé une tumeur très-saillante avec état lardacé de la peau et il a fallu des cautérisations au fer rouge pendant plusieurs semaines pour ramener les tissus à niveau. Depuis quelques jours, le testicule du côté droit est devenu douloureux et a augmenté de volume. La convalescence s'est établie lentement et a été traversée par plusieurs rechutes; la fièvre avait été continue pendant plus d'un mois. — Depuis que la convalescence a commencé, la température est revenue aux environs de la normale, en présentant presque tous les soirs une ascension assez marquée, et de temps en temps la fièvre est encore continue pendant 2 ou 3 jours, comme pour brûler les matières septiques qui encombrent l'organisme. L'état général a été assez bon et il a fallu une constitution robuste pour faire les frais d'une pareille maladie. L'appétit s'est toujours maintenu et les vomissements qui au début étaient légèrement bilieux et surtout très-acqueux ont été assez vite arrêtés. Dans les premiers jours de la maladie, il avait du délire et même des soubresauts et du hoquet. L'albumine existe dans les urines depuis plus d'un mois et demi; le dépôt urinaire a été souvent examiné au microscope et jamais il n'a été remarqué de tubuli, malgré la quantité énorme d'albumine; il y avait beaucoup d'urates et d'acide urique. La présence de l'albumine m'inquiète, car elle persiste trop longtemps et cependant j'espère la voir disparaître, dès que les principes septiques seront éliminés. Ce sont plutôt des albuminuries dyscrasiques; la néphrite n'est pas profonde.

Le traitement a consisté particulièrement en purgatifs répétés et toniques; pas de quinine par la bouche.

Tous les symptômes que je viens d'énumérer rapidement montrent bien que tout ce cortége se trouvait sous la dépendance d'une dyscrasie sanguine, d'une altération du sang, par empoisonnement.

La marche de la température a été trop continue pour qu'on puisse seulement avoir l'idée d'une intoxication paludéenne; la marche de la maladie n'a pas été non plus celle de la fièvre typhoïde. Ce que l'on peut dire *à priori*, c'est que c'est une fièvre infectieuse, de nature typhique. C'est une fièvre inflammatoire au degré le plus intense, si l'on tient compte des symptômes de réaction du début et de certaines particularités symptomatiques qui ont eu lieu : l'enduit pultacé des gencives, l'erythème du scrotum.

C'est la dénomination que j'ai acceptée, parce qu'elle n'engage à rien, mais surtout à cause des idées nouvelles qui sont attachées à cette expression, et que de plus je pourrais grouper, sous ce titre, une foule de cas

pour lesquels il faudrait autant d'expressions nouvelles, tant sont grandes les différences symptomatiques que présente chaque maladie. Il vaut mieux dans ces cas, après avoir fait une analyse scrupuleuse des symptômes, faire de la synthèse pour grouper ensemble tous les cas dont l'origine est la même.

C'est ainsi que le cas suivant peut se rapporter à celui-là, bien qu'il présente des différences dans la marche de la maladie, qui est rémittente au lieu d'être continue, et dans l'intensité, qui est moindre.

C'est le cas d'un surveillant arrivé à la Guyane au mois de janvier 1878, provenant de la Nouvelle-Calédonie. Comme antécédents morbides, il avait eu la dysentérie et un engorgement du foie, en Cochinchine, et une bronchite à la Martinique, en 1872.

Depuis son arrivée au Maroni, il avait fait deux entrées à l'hôpital pour douleurs rhumatismales. Il est tombé malade le 19 août, le lendemain du jour où sa femme sortait elle-même de l'hôpital : frisson violent, fièvre continue pendant les quatre jours qu'il est resté chez lui. A son entrée, grande agitation ; habitudes alcooliques. Conjonctives jaunes. Langue blanche, jaunâtre au centre. Douleur épigastrique. Urines jaunes ; anneau albumineux ; pas de bile ; tubuli. La présence de l'albumine a été décélée par la chaleur et l'acide acétique. Urée 15 gr. 96 par litre. Malgré la teinte jaune des conjonctives, il n'a vomi que des glaires avec l'ipéca qui lui a été administré. Selles abondantes, fétides et noires. La fièvre a duré pendant six jours, en présentant des rémissions. L'albumine a persisté dans les urines pendant trois jours et a disparu tout à fait ; plus de tubuli à cette époque ; il n'y a jamais eu trace de bile.

L'urée a été en diminuant et est tombée à 5 gr. 70 par litre ; il y avait à ce moment beaucoup d'urates et d'acide urique.

Il a présenté pendant la convalescence des étourdissements et des vertiges en se levant, et, comme caractère particulier, il a présenté, du côté droit, à la face et aux membres, une certaine perte de sensibilité et a conservé une grande faiblesse dans les jambes. Il est sorti guéri de l'hôpital.

Le traitement a consisté en purgatifs répétés ; il a pris de l'ipéca à plusieurs reprises et n'a jamais vomi que des glaires, sans bile. Pas de quinine, si ce n'est en lavements et à petite dose, pendant quelques jours.

Il n'y a encore là rien de localisé du côté d'aucun organe ; c'est encore une intoxication de nature spéciale et tout rentre bientôt dans l'ordre en favorisant les fonctions éliminatrices, malgré la constitution du sujet.

Sa femme a été prise par des fièvres pendant deux mois environ, à domicile. Sulfate de quinine inefficace et même nuisible. État catarrhal permanent des voies digestives. Mêmes symptômes chez l'Algérien, leur domestique.

J'ai aussi observé une série de cas très-intéressants sur les militaires et

je ne puis me dispenser d'en faire l'analyse, car il y a là des faits importants à relever, et si j'ai commencé par parler des deux cas qui précèdent, c'est pour ne pas scinder l'étude des maladies qui ont régné sur les militaires et pour mieux montrer les rapports de tous ces cas entre eux.

La garnison actuelle du Maroni est formée par la 13e compagnie, arrivée à Saint-Laurent le 11 août dernier. C'est la compagnie qui a été éprouvée l'année dernière aux îles, par la fièvre jaune. Presque tous les soldats qui composent cette compagnie ont été éprouvés par le fléau, mais à des degrès divers. Après l'épidémie et avant leur départ des îles, plusieurs de ceux qui avaient été éprouvés légèrement, furent atteints de fièvres d'une nature particulière et à marche singulière, et le médecin qui observait à cette époque, aurait été disposé à ne voir là que des cas de fièvre jaune légère qui cédaient facilement à la médication évacuante, si ces hommes n'avaient pas traversé récemment une épidémie assez intense et si l'opinion qui considère la fièvre jaune comme n'attaquant qu'une seule fois le même sujet, n'était pas aussi accréditée.

Ce fait a cependant une certaine importance pour l'explication de ce que nous avons observé au Maroni.

Pendant leur séjour à Cayenne, quelques hommes ont été également atteints de fièvres, avec symptômes gastriques très-marqués.

J'en ai vu deux pendant le mois d'avril, dans le service du médecin en chef, présentant des symptômes typhiques très-accusés, avec état de stupeur. D'autres avaient été renvoyés en France pour cachexie consécutive aux fièvres de cette nature. Tout ceci prouve que ces hommes étaient soumis, à Cayenne même, à de mauvaises influences.

C'est dans ces conditions que la compagnie s'est embarquée, le 10 août, pour le Maroni. La traversée a été belle, mais l'encombrement était grand. L'administration pénitentiaire avait fait embarquer sur le bateau qui portait la troupe, des conserves dans un état de détérioration très-avancé. L'odeur pestilentielle se répandait partout ; je connais des personnes qui en ont été fortement indisposées. La compagnie a débarqué le soir même de l'arrivée et n'a pas trouvé toute préparée la literie qui devait lui servir. Les hommes ont été obligés de dédoubler leurs lits, de traîner des paillasses d'un bord et de l'autre, et de coucher sans couvertures.

La caserne était loin de présenter de bonnes conditions d'hygiène; les planchers n'avaient pas été lavés depuis longtemps, l'air était confiné et vicié et on éprouvait une odeur suffocante en entrant dans les chambres.

Voilà, en abrégé, les conditions hygiéniques que les hommes de la nouvelle compagnie ont rencontrées en arrivant. Il ne faut pas s'étonner si, dans les premiers jours, il y a eu de nombreux malades présentant des caractères graves, comme je n'en ai pas eu depuis lors.

Le premier soldat entré à l'hôpital est le soldat Benetan, de bonne cons-

titution, qui avait été aux Iles-du-Salut, pendant l'épidémie, mais qui n'avait fait que 14 jours d'hôpital avec fièvre, pendant 5 ou 6 jours, sans hémorrhagies. Depuis cette époque n'était plus entré à l'hôpital, ni aux Iles, ni à Cayenne. Il n'avait eu que deux ou trois accès à Cayenne, et le dernier accès avait eu lieu le 30 juillet. En embarquant à bord de *l'Estafette* pour venir au Maroni, se sentait fatigué, sans avoir de fièvre. En arrivant aux Iles-du-Salut, a éprouvé un frisson et l'accès a duré quatre heures.

Le lendemain à dix heures, a ressenti la fièvre, sans frisson. Il est envoyé à l'hôpital du Maroni, dès son arrivée, et a eu la fièvre pendant deux jours, en présentant quelques rémissions.

La fièvre a disparu, avec des purgatifs et 1 gr. 50 de quinine, pour se montrer de nouveau seize jours après, sous forme de deux accès simples, avec un jour intercalaire d'apyrexie. Elle a encore également disparu, sous l'influence des purgatifs, mais sans quinine. Le sujet est sorti de l'hôpital et est rentré de nouveau quelques jours après, pour des accès de fièvre qu'il avait éprouvés à la caserne sans frissons ; il accusait surtout des coliques et de la faiblesse dans les jambes. Tout s'est dissipé avec quelques purgatifs légers et presque quotidiens déterminant deux ou trois selles par jour.

Au début, il avait présenté des vomissements bilieux porracés, mais dans la suite, même sous l'influence de nouveaux vomitifs, il n'avait que des vomissements glaireux ; pendant les accès, les selles étaient fétides et noirâtres, mais non bilieuses Dans les premiers jours, les urines étaient un peu rouges et donnaient, avec l'acide azotique, un léger anneau blanchâtre ; il n'y a jamais eu de bile.

Pendant la convalescence, les urines sont devenues pâles comme de l'eau, et contenaient à peine 2 gr. 85 d'urée par litre. Les conjonctives ont présenté une légère teinte subictérique, ainsi que la face. La langue était jaunâtre au centre et il existait un léger enduit blanchâtre sur les gencives.

Ce qu'il y a de particulier chez ce malade, à part les symptômes du début, c'est l'état d'anémie dans lequel il est tombé, et en réalité il a eu à peine six accès de fièvre, à de très longs intervalles. Je suis persuadé que la quinine continuée n'aurait fait qu'augmenter cet état de cachexie. Chez cet homme, le climat du Maroni ne doit pas être mis en cause pour le développement de sa maladie, puisqu'il est tombé malade avant d'arriver à Saint-Laurent ; mais les mauvaises conditions hygiéniques qu'il a rencontrées ont suffi à aggraver son affection.

Le second cas, un peu sérieux, est celui du soldat Véricel. Cet homme, d'une constitution pléthorique, ne se trouvait pas aux Iles pendant l'épidémie, et n'a fait qu'une seule entrée à l'hôpital de Cayenne pour fièvre, en juillet 1877, où il est resté dix jours. Depuis cette époque, n'a pas été malade. Est parti de Cayenne bien portant.

Depuis son arrivée au Maroni n'a pas fait de service; a couché sur une paillasse les deux premières nuits, sans couverture. En se levant, le 14 août au matin, a ressenti un peu de faiblesse dans les jambes, et, dans la nuit, a été pris d'un violent frisson ayant duré près d'une heure. A son entrée à l'hôpital, facies rouge, vultueux; les yeux sont injectés, et il se plaint de douleur sus-orbitaire; mal de reins et de ventre. La bouche est mauvaise et amère. La langue est légèrement saburrale. Les gencives présentent un très léger liséré blanchâtre. Il a eu des vomissements bilieux d'abord, puis aqueux et glaireux. Les urines offrent, avec l'acide azotique, un anneau blanchâtre qui a bientôt disparu. Les jours suivants, il a eu des accès irréguliers pendant sept jours; la rémission avait presque toujours lieu le matin. Il a accusé une sensation de brûlure à l'estomac; langue jaunâtre; conjonctives ictériques et injectées; facies jaune. L'urée a diminué pendant la convalescence et est tombée à 2 gr. 28 par litre.

Un troisième cas est le soldat Gizard, de tempérament sanguin, qui était resté dix jours à l'hôpital des Iles pendant l'épidémie, et avait eu quatre jours la fièvre. Le 16 août, à huit heures du matin, étant à la caserne à briquer des tables, a été pris brusquement de céphalalgie avec brisement des membres, faiblesse dans les jambes. On lui administre un ipéca et il vomit très peu de bile. Pas de selles. A son entrée, facies rouge, conjonctives injectées. Langue sale, et jaune au centre. Léger liséré gingival. Un peu de rougeur du scrotum. Rien dans les urines; urée, 13 gr. 68 par litre.

La fièvre a été continue pendant trois jours, et la défervescence s'est faite graduellement pendant les deux jours suivants; la convalescence n'a été interrompue que par trois accès de fièvre tierce, ayant débuté quinze jours après le commencement de la convalescence. Ces accès ont cédé facilement aux purgatifs, sans quinine, et le malade est sorti de l'hôpital complètement guéri, sans présenter de nouveaux accidents, bien que l'atteinte, chez lui, ait été assez grave. Dans le courant de la maladie, il a présenté de la desquamation scrotale, des vertiges et une teinte jaune des conjonctives. L'urée est tombée à 2 gr. 85 par litre.

Le sergent-major a offert un cas curieux, et qui mérite de fixer l'attention, parce qu'il est un de ceux qui ont été fortement éprouvés aux Iles pendant l'épidémie. Il avait fait 63 jours d'hôpital, mais n'avait pas eu la moindre hémorrhagie. A Cayenne, il n'avait pas été malade.

Le 22 août, est pris d'accès de fièvre, sans frissons. Mal de tête; envies de vomir; bouche très sèche. Aucune douleur dans les reins.

Le 23, se trouvait bien le matin en se levant, mais le soir avait mal de tête. Le 24, le 25 et le 26, même état; insomnie complète.

Le 27 au soir, entre à l'hôpital dans un état d'agitation très grand, bouche mauvaise; langue sale et chargée. Les conjonctives sont un peu

jaunes ; les urines légèrement rouges ; aucune trace d'albumine ; urée, 20 gr. 52 par litre. Il est couché, précisément, dans un des lits servant de rechange au jeune noir, dont je reproduis le cas en premier lieu, au moment où la maladie était dans toute sa force, et l'odeur repoussante pour les gens bien portants ; mais il n'y reste pas longtemps, et je le fais changer de salle. Le lendemain, il a ressenti un peu de chaleur, de mal à la tête, sans frissons ; il se plaint surtout de ne pas dormir. Le 29 au matin, l'agitation est grande ; la nuit a été mauvaise ; aucune douleur dans les hypochondres. A eu, hier soir, neuf selles avec le purgatif.

Dans la journée, l'agitation augmente ; un peu de délire ; conjonctives jaunes ; peau froide et moite ; 13 à 14 selles jaunâtres et très-fétides.

Il n'accuse aucune douleur. Dans la nuit suivante, le délire a augmenté, il s'est levé et est allé dans la cour.

Le 30, accuse une grande faiblesse ; léger anneau albumineux dans les urines ; urée, 15 gr. 96 par litre. Il existe, sur le corps, un exanthème papuleux ; ce sont des taches semblables à celles de la rougeole sur un fond blanc, un peu élevé. Dans la journée, elles disparaissent, en même temps que la fièvre devient plus forte. La peau des extrémités est froide et contraste avec la température indiquée par le thermomètre. Le pouls est petit, très dépressible et présente des intermittences.

Le 31 août, est un peu plus calme, mais le délire a duré toute la nuit. Plaques violettes sur les deux joues ; taches rubéoliques sur les avant-bras, ne disparaissant pas à la pression. L'albumine n'existe plus qu'en quantité très faible dans les urines ; urée, 11 gr. 97 par litre.

Le 1er septembre, cauchemars, délire dans la journée, somnolence interrompue par un réveil brusque. Se plaint de sécheresse à la gorge et cherche à expulser des crachats du pharynx. A six heures du soir, on administre un ipéca qui lui fait rendre des saburres et des glaires, très peu de bile. Sous cette influence, la peau devient moite, la langue se dépouille. Le lendemain, le pouls est un peu plus régulier et, à partir de ce moment, la convalescence se fait sans interruption. Les plaques violacées des joues pâlissent et s'effacent ; la stupeur diminue peu à peu, en même temps que le délire. Le facies et les conjonctives pâlissent. Les urines sont devenues pâles et l'urée est tombée à 6 gr. 84. Il est sorti de l'hôpital et n'a plus eu d'accès de fièvre, et cependant il n'a pas pris 0,50 cent. de quinine par la bouche, pendant toute sa maladie.

Les sergents qui venaient voir leur camarade tous les jours à l'hôpital ont été pris à leur tour et sont presque tous passés par l'hôpital, à quelques jours de distance, de même que le fourrier qui l'avait remplacé dans ses fonctions.

Le sergent-fourrier Jouteur n'avait jamais été malade ; n'était pas aux îles pendant l'épidémie, a été pris le 10 septembre d'un malaise général ;

bouche mauvaise. A son entrée, langue tremblotante, yeux brillants, facies animé, urines rouges et assez rares, 600 gr. environ en 24 heures. Urée, 15 gr. 96 par litre. Il est sorti guéri de l'hôpital, après avoir pris 0,50 cent. de quinine qui lui ont donné des bourdonnements d'oreille.

Le sergent Talagrand, qui n'avait que 4 jours d'hôpital aux Iles pendant l'épidémie et qui n'avait eu la fièvre que pendant une demi-journée, a été pris de courbature générale et d'insomnie. Entré à l'hôpital, le 8 septembre, le facies rouge, les yeux brillants, injectés, très léger liséré gingival. Ne vomit que des glaires avec l'ipéca. Urines assez foncées et rares. Urée, 11 gr. 40 par litre. Le 10, éprouve dans la journée des bouffées de chaleur. Agitation et oppression, plusieurs paroxysmes, sans frissons, ne prend qu'une seule fois 0,50 cent. de quinine pendant son séjour et sort guéri, le 21 septembre. Le 27, éprouve un accès de fièvre qu'il traite lui-même, sans se présenter à l'infimerie. Le lendemain reprend son service et est de garde au port, n'éprouve qu'un peu de fatigue. Le surlendemain déjeune comme à l'habitude, mais aussitôt le déjeuner, est pris de fièvre, avec délire. Entre de nouveau à l'hôpital avec la peau chaude et moite. Divagation, grande oppression. Avec l'ipéca qui lui a été administré, il rend son déjeuner, non digéré. Le lendemain et le surlendemain de son entrée a eu encore deux accès de fièvre avec délire. Soif très vive, agitation. Les selles sont fétides et noires. Le facies est jaune. Rien du côté de la rate. Avec les purgatifs et sans quinine, la fièvre disparaît et il sort guéri de l'hôpital.

C'est une rechute survenue après un écart de régime. Il y a, en effet, après ces fièvres d'une nature spéciale, une très grande susceptibilité de l'organisme; les fonctions ne se rétablissent que le lendemain et difficilement et le moindre écart fait éclater la fièvre ou l'augmente de gravité.

Il m'est impossible de multiplier davantage ces exemples qui cependant seraient intéressants à étudier, car ils contiennents des enseignement sérieux.

C'est par la connaissance parfaite de ces cas légers que l'on pourra prévenir les maladies graves, en prenant contre eux certaines précautions indispensables pour éviter leur extension et leur transformation en épidémies; car ils servent, pour ainsi dire, d'appoint à l'apport de nouveaux germes.

Il serait imprudent de rester inactif, parce que le danger n'est pas imminent et la théorie du paludisme est dangereuse à ce point de vue, car elle permet de s'endormir, sans rechercher ailleurs des causes peut-être plus certaines.

A la transportation, les maladies offrent le même cachet; le caractère rémittent est cependant bien marqué, mais les symptômes généraux sont les mêmes, du côté de l'estomac et de l'appareil biliaire. Dans presque tous les cas, il y a de la douleur avec sensation de brûlure à la gorge et au creux épigastrique. Le foie fonctionne mal; les évacuations bilieuses ne sont pas

très abondantes. La dernière autopsie m'a encore montré la vésicule biliaire complètement vide; le foie décoloré et une rate normale. Les urines sont toujours les mêmes; très jaunes au moment de l'atteinte, présentant souvent un anneau albumineux; très rarement de la bile, jamais de sang. Pour ma part, je n'ai pas encore vu une seule urine hématurique, depuis que j'observe à la Guyane. Ces maladies m'ont présenté, pendant ce trimestre, chez les transportés comme sur les militaires, une bénignité inaccoutumée. Il n'y a qu'à voir la mortalité du mois de septembre, pour s'en convaincre; 4 décès. Tout cède comme par enchantement aux vomitifs et aux purgatifs qui sont bien indiqués pour l'élimination des principes septiques qui encombrent l'organisme. Je ne donne plus de quinine et je m'en trouve bien et à ce point de vue, je ne serai pas taxé de parti pris, car l'année dernière à la même époque j'employais ce fébrifuge à larges mains, car je venais du Sénégal où il est employé à discrétion.

Il me semblait augmenter l'état gastrique et l'état d'agitation du malade. Mais comme, à cette époque, des cas de fièvre jaune existaient, je me contentais de dire que la quinine était inutile dans certaines fièvres graves. Aujourd'hui je dirai sans crainte que, dans la grande majorité des fièvres qui existent au Maroni, la quinine est plus nuisible qu'utile.

Certes, si la quinine devait agir, elle agirait avec efficacité sur ces concessionnaires qui sont dans le pays depuis longtemps, et, chose étonnante, la fièvre, même chez eux, guérit plus vite sans la quinine qu'avec elle. Je viens de faire une belle expérimentation sur les militaires; les cas ont été assez nombreux pour qu'il me soit permis de tirer des déductions. La quinine n'a pas été employée, ni à l'hôpital ni à l'infirmerie, et ces hommes sont tous en ce moment dans de bonnes conditions de santé. Du reste, qu'avons nous observé chez eux? Le plus ordinairement, après la première atteinte qui dure plusieurs jours et qui varie d'intensité et de durée, on remarque un ou plusieurs accès et puis il s'écoule un espace de temps plus ou moins long, après lequel de nouveaux accès se présentent avec un type différent de celui qu'ils avaient à la première invasion. Aussi de tout temps, les observateurs ont été impuissants à classer les fièvres de la Guyane, d'après un type défini. Ce sont les fièvres irrégulières ou erratiques qui dominent et la plupart des autres n'ont été appelées quotidiennes ou tierces, que parce qu'elles ont présenté ce type à une de leurs apparitions; mais ces accès ne sont point revenus chaque jour à la même heure, ils ont été ensuite interrompus par un espace de temps plus ou moins long, et très probablement n'ont pas présenté le même type à toutes leurs apparitions. C'est du moins ce qui ressort des observations que je viens de faire. Du reste, cette opinion est corroborée par la haute autorité de M. Chapuis, qui est arrivé aux mêmes résultats que ses prédecesseurs, à savoir : que la loi du septenaire n'existe pas pour les fièvres de la Guyane qui ne sont asservies à aucun retour ré-

gulier. Il ajoute qu'en présence de ces fièvres échappant à toutes les règles, le sulfate de quinine doit devenir souvent inutile, faute de savoir à quel moment l'administrer et que de plus il a acquis la conviction qu'il devenait souvent nuisible. Il faut soigneusement dans les fièvres, dit ce savant praticien, la périodicité ou l'élément palustre et l'état gastrique. La périodicité n'existe pas et l'état gastrique qui est indépendant de l'élément paludéen est facilement combattu par les vomitifs et les purgatifs.

Une deuxième preuve que je tiens à donner est celle relative au chiffre de la dépense de quinine. En 1876, on a dépensé au Maroni 16 k. 763 de quinine et il y a eu 225 décès. En 1877, on en a dépensé 7 k. 975 et les décès se sont élevés à 125. Cette année, il sera dépensé à peine 4 kilogr. et la mortalité sera inférieure à celle de toutes les autres années. C'est déjà une économie réalisée, mais à part ce point de vue bien mesquin, ces chiffres prouvent que la quinine n'est pas le spécifique des fièvres du Maroni. Au point de vue pratique, la chose n'est pas douteuse pour moi et la physiologie rend parfaitement compte de ce fait. La première indication qui se présente ici à tout observateur, c'est de stimuler les organes et de favoriser toutes les fonctions éliminatrices. Or, le sulfate de quinine paralyse le système nerveux. Il donne des accès algides. La femme du surveillant citée plus haut, s'est plainte de réfrigération aux extrémités et d'engourdissement après l'injection de sulfate de quinine. Sueur rare. Quand elle existait, elle était très froide et presque visqueuse. Kerner a trouvé, en effet, que c'était aussi un antisudorique.

Nous devons maintenant nous demander quelle est la nature de ces fièvres; et si la question est difficile à résoudre, nous devons tout au moins la poser? C'est une altération du sang, par empoisonnement. C'est une maladie générale, miasmatique, qui se développe par infection et contagion et qui n'a, pour ainsi dire, pas de siège bien déterminé. A part les phénomènes généraux, les symptômes particuliers se manifestent du côté du tube digestif et des glandes.

Les symptômes gastriques sont les plus communs et les plus accentués. La langue est recouverte d'un enduit jaunâtre. Les gencives présentent un liséré et un enduit souvent pultacé. Les vomissements qui existent toujours, quand la maladie a un certain degré d'intensité, sont légèrement bilieux au début, mais ils deviennent bientôt aqueux et glaireux. Les selles sont tantôt jaunes ou grises, tantôt noires, mais toujours fétides. Pour ma part, j'ai vu rarement à la Guyane ces évacuations bilieuses abondantes qu'il est si fréquent de rencontrer au Sénégal. Il m'a toujours semblé que la bile ne se formait pas en quantité suffisante, et tous les jours on remarque la teinte jaune des tissus, sans percevoir nulle part traces de bile, ni dans les urines, ni dans les vomissements, ni même dans les selles. C'est le plus souvent un ictère hémaphéique que l'on remarque, et ce n'est pas

à proprement parler la bile qui empoisonne le sang, car les pigments biliaires ne sont pas toxiques. Ce sont plutôt les matières, n'ayant subi qu'une transformation incomplète, qui séjournent dans le torrent circulatoire et donnent aux tissus cette teinte particulière. Ce sont peut-être les principes mêmes qui doivent servir à former la bile et autres humeurs, qui empoisonnent le sang et qui proviennent eux-mêmes de l'altération que subit le globule, sous l'influence miasmatique. C'est ainsi que, pénétré des dangers auxquels exposent les germes des microbes répandus à la surface de tous les objets, particulièrement dans les hôpitaux, M. Pasteur donne des conseils qu'il serait peut-être important de suivre. On pourrait aussi faire application de ses idées aux maladies qui règnent à la Guyane, et pour les empêcher de se développer, il faut attaquer le vibrion ou son germe, en détruisant les foyers d'infection et en désinfectant tous les lieux où il y a agglomération, les casernes et les hôpitaux, dans un pays où les conditions de chaleur, d'humidité et d'électricité sont réunies au suprême degré.

De l'ensemble de tous ces faits, il résulte que je classerai volontiers ces fièvres, de nature typhique, dans une catégorie de maladies entrevue par les praticiens des pays chauds, mais que M. le médecin en chef Bérenger Féraud a eu le mérite, dans ces derniers temps, d'étudier et de classer, avec un talent remarquable.

Ce sont les fièvres inflammatoires, si le mot est vicieux comme étymologie, car il n'y a d'inflammation nulle part, à proprement parler, ou bien c'est une inflammation qui n'est pas franche, il peut être accepté cependant, précisément parce qu'il est vague et qu'il n'engage à rien sur la nature et l'origine de ces fièvres qui sont encore inconnues. Il a encore l'avantage de n'effrayer personne, mais de tenir en éveil le médecin.

Si ces fièvres tiennent par la nature et l'origine à la fièvre jaune, si elles en sont pour ainsi dire le substratum, elles en diffèrent complètement, au point de vue de la gravité. La fièvre inflammatoire guérit : la fièvre jaune tue. C'est une affaire de quantité. La première, dit M. Bérenger Féraud, serait déterminée par des émanations qui ne peuvent produire, tant qu'elles restent dans certaines limites, que l'ensemble de phénomènes relativement benins qui s'amendent, s'épuisent et disparaissent avant d'avoir compromis sérieusement la vie des individus frappés. Lors, au contraire, que ces émanations morbigènes dépassent cette limite et arrivent au degré d'intensité suffisant, ils produisent le véritable typhus amaril, avec sa terrible gravité.

*Considérations générales.* — L'année dernière, en remettant le service à mon successeur, j'écrivais, après avoir fait la description générale du pénitencier, que l'année 1878 se ressentirait des mesures de précaution qui venaient d'être prises. Mes prévisions ont été réalisées en tous points.

Quatre années venaient de s'écouler, sans qu'une rémission bien nette et bien accentuée dans la marche de l'épidémie fût constatée. Elle avait été

plus forte à certains moments qui coïncidaient avec l'arrivée de nouveaux éléments, mais elle continuait toujours ses effets à la faveur des foyers d'infection qui existaient.

Tout le monde se ressentait de cette mauvaise influence.

Les uns, qui n'étaient pas acclimatés, succombaient à la véritable fièvre jaune ; les autres, plus anciens ou qui avaient déjà été éprouvés par les fièvres inflammatoires, mouraient de fièvres dites pernicieuses ou typhoïdes. D'autres enfin succombaient à l'anémie et à la cachexie, résultant d'une déglobulisation rapide, dans des milieux infectés où les organes ne pouvaient subvenir à la dépense.

Ne sait-on pas que les créoles où plutôt les acclimatés sont atteints par le fléau, quand il existe, mais sous des formes plus variées, et que la mortalité chez eux est proportionnelle à la gravité de l'épidémie.

Il est de notoriété que, pendant les épidémies de fièvre jaune, les créoles meurent de fièvres pernicieuses ou des fièvres dites typhoïdes. La cause n'est-elle pas la même ? Il est rare de voir une personne, ayant eu déjà la fièvre jaune à un degré intense, mourir avec les symptômes caractéristiques de cette terrible maladie, mais plutôt avec des symptômes abdominaux ou des phénomènes ataxiques, quand l'organisme a été saturé de nouveau par le poison qu'on absorbe tous les jours dans certains lieux et qu'on n'a pas éliminés de l'organisme, quand il en était encore temps. C'est là toute la différence ; c'est là ce qui explique cette variété de formes que l'on a observées, les années précédentes, pendant une épidémie qui sévissait alternativement sur des éléments différents.

Cette année, la situation est beaucoup plus nette, et si l'on peut discuter la nature propre et spéciale des fièvres qui sont observées, il est un point qui ne peut pas être discuté, c'est le caractère de bénignité de ces maladies. Si l'on objecte que les éléments actuels sont constitués par des acclimatés, je répondrai que l'année dernière les éléments étaient absolument les mêmes. La compagnie qui y était alors avait trois ans de Guyane et avait fait un premier séjour, en 1875, au Maroni, où elle avait perdu son capitaine. Cependant 6 hommes de cette compagnie sont morts : 2 de mon temps, dont l'un a succombé à la fièvre jaune et l'autre à une sorte de fièvre typhoïde, résultant du même empoisonnement, mais à longue échéance. Cette année, pas un seul décès dans les deux compagnies qui viennent de passer au Maroni. Je trouve là encore une autre preuve contre la théorie du miasme végétal, auquel on ne s'acclimate pas, car ces hommes débilités par des causes antérieures, fatigués par un long séjour dans la colonie, auraient dû être la proie du paludisme.

La transportation va nous offrir les mêmes arguments. L'année dernière, les cas les mieux caractérisés de fièvre jaune, ont eu lieu sur les Arabes qui avaient déjà un certain temps de colonie et qui n'avaient

jamais été malades, sur des coolies venant des placers pour se reposer.

Cette année on a reçu une centaine d'Arabes nouveaux, et il n'y a eu parmi eux aucun décès. Et cependant les années précédentes, les Arabes, nouvellement arrivés, payaient leur tribut, comme les Européens.

La différence ne tient donc qu'au milieu qui a changé; l'infection est moins grande et l'empoisonnement moins profond. On ne peut pas en faire bénéficier la météorologie, puisque les conditions ont été plus mauvaises que jamais. C'est le poison lui-même qui a été atteint et détruit dans ses propres foyers.

Ces idées, je ne prétends par les imposer, mais j'ai tenu à les émettre, en les faisant découler naturellement des faits observés. Convaincu que les marais ne sont pas tout et qu'il existe des causes morbides en dehors d'eux, je me croirais coupable de ne pas signaler toutes les causes qui me paraissent favoriser le développement des maladies. A côté de la cause principale que j'ai essayé d'étudier, il est des causes accessoires dont il faut tenir compte dans une certaine mesure : l'insolation, le refroidissement, les écarts de régime, les changements d'habitudes et de milieux. Ce ne sont là que des causes déterminantes qui ne font qu'allumer le feu qui couve.

Il est des moments, avant la maladie et pendant la convalescence, où le soleil ne peut pas être supporté; les moindres rayons solaires déterminent de la céphalalgie. Si, à ces moments, on fait le moindre écart de régime, si on s'expose à un refroidissement la maladie éclate, mais encore une fois ce ne sont que des causes accessoires et elles sont incapables à elles seules de produire des maladies semblables. C'est donc au principe morbide lui-même qu'il faut s'attaquer et c'est l'hygiène qui doit servir de guide. Il me semble que l'hygiène est un peu délaissée, et c'est cependant dans les pays chauds qu'elle est le plus nécessaire, on ne fera jamais rien sans elle et les plus beaux projets s'évanouiront toujours, car ils manqueront de base. Le travail est la condition *sine qua non* de la prospérité d'un pays et le travail est impossible sans la santé. Le meilleur moyen pour conserver la santé, c'est de prévenir les maladies, car on n'a pas à les combattre, quand il n'est plus temps.

On recherche souvent le miasme bien loin, quand il est tout près de soi.

M. Flagel, observateur scrupuleux et distingué, me dit que depuis deux mois qu'une désinfection a été faite à Saint-Maurice, il y a eu diminution très-sensible des fièvres gastriques à symptômes bilieux, puis disparition complète depuis trois semaines sur les Arabes, les jolofs et les coolies.

On ne s'occupe pas assez des conditions dans lesquelles on se trouve, du logement, des vêtements, de la literie. Il devrait être établi que toute personne arrivant sur le pénitencier trouve une literie propre, nouvellement rebattue.

La création d'une buanderie pour le matériel serait de toute nécessité et empêcherait peut-être les épidémies de se perpétuer.

*Conclusions.* — Les maladies qui règnent en ce moment au Maroni sont bénignes; elles n'ont présenté dans toute l'année aucun des caractères graves qu'elles avaient les années précédentes.

Ces résultats ne peuvent être attribués qu'aux mesures générales de désinfection qui ont été prises.

Les fièvres qu'on observe ont cependant un certain caractère infectieux ; elles ne sont pas justiciables de la quinine, mais cèdent facilement aux vomitifs et aux purgatifs.

Elles paraissent dues à des miasmes de nature animale; elles sont le substratum de maladies plus graves qui se développent surtout sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques et météorologiques; elles servent aussi d'appoint à l'apport de nouveaux germes.

Ce n'est que par l'hygiène bien entendue et bien soutenue que l'on rendra le Maroni habitable et que l'on pourra coloniser.

### *Extrait de mon rapport du 4e trimestre.*

L'état sanitaire pendant ce trimestre a été très satisfaisant. Nous voyons régner à peu près les mêmes maladies que dans le trimestre précédent, mais elles revêtent des formes très bénignes et tout caractère grave disparaît. L'anémie et les embarras gastriques simples ont été les maladies dominantes. L'élément fébrile a manqué presque constamment.

Il est à remarquer que pas un décès n'a pu être qualifié d'accès pernicieux ou de fièvre pernicieuse; ce diagnostic n'a pas même pu être soupçonné, excepté peut-être chez le soldat qui est arrivé de Cayenne dans un état désespéré et dont je vais relater l'histoire un peu plus loin. Il serait bien étonnant que le seul accès pernicieux fût constaté chez un homme robuste, n'ayant jamais été malade et décédé 24 heures après son arrivée au Maroni, quand il aurait été impossible de trouver trace de cette cause de mort sur ces concessionnaires cachectiques qui vivent depuis longtemps dans les marais et sans qu'il fût dépensé un seul gramme de quinine pendant tout le trimestre. Depuis cinq mois que je suis arrivé au Maroni, aucune évacuation de malade n'a eu lieu ni sur les Iles, ni sur Cayenne.

*Maladies endémiques.* — Le personnel libre n'a fourni que très-peu de malades. Les soldats ont toujours été en petit nombre à l'hôpital et pendant plus d'un mois, il n'y en a pas eu un seul.

La compagnie actuelle arrivée au Maroni au mois d'octobre, venait des Iles-du-Salut où plusieurs hommes avaient contracté des dysentéries et des bronchites et ce sont surtout ces affections qui les ont conduits à l'hôpital.

L'un d'eux, le nommé Chabuel, provenait directement de Cayenne. Ar-

rivé au Maroni le 11 octobre, il fut porté directement à l'hôpital où il mourut le lendemain.

D'une constitution très-robuste, il n'avait jamais été malade, excepté à la Martinique, où il avait passé deux mois et où il avait eu un ictère, pour lequel il n'était pas entré à l'hôpital à Cayenne, ne s'étant présenté que deux fois à l'infirmerie. Malade depuis le 6 octobre, il avait pris deux fois de la quinine et un sulfate de soude à l'infirmerie de Cayenne. Au moment de son départ, il ne pouvait pas tenir sur les rangs. A bord de l'*Estafette*, fièvre à peu près continue. A ma première visite, perte de connaissance, pouls à 120, respiration à 52 très accélérée, mais régulière, pas de vomissements, acies typhoïde, langue humide, photophobie. Selles liquides avec des boules noires, fétides. Il existe sur le corps une éruption vésiculeuse formant de petites croûtes qui sont devenues noires, les extrémités sont froides. La température est à 41,8, au moment de la mort et monte aussitôt à 42,6 où elle se maintient environ pendant une heure après la mort, pour descendre graduellement. L'autopsie est faite 13 heures après la mort.

Stature élevée, système musculaire et embonpoint développés. Rigidité cadavérique peu prononcée ; légère chaleur. Teinte subictérique de la face, du cou et des membres. Taches ecchymotiques très accusées des parties latérales et postérieures du thorax. Au-dessous des deux mamelons, petites pustules grosses comme une tête d'épingle, entourées à la base d'un cercle pétéchial.

Enduit blanchâtre sur les gencives. Le scrotum présente sur sa face antérieure une coloration plus rouge que sur le reste. L'épiderme est sec, comme écailleux. A la coupe, on constate de l'hypérémie dans les tissus, ce qui n'a pas lieu à la face postérieure et inférieure où le sang aurait dû s'accumuler davantage par l'hypostase. Cet érythème, si facile à constater après la mort, était peu apparent pendant la vie, comme on s'en est assuré à différentes reprises dans la journée du décès.

A l'ouverture. Transposition des viscères. L'estomac transposé à droite et recouvert par le foie est modérément distendu par des gaz. La paroi interne est ecchymosée, sur une vaste étendue, au voisinage du cardia.

Les vaisseaux sont très dilatés. Du côté du pylore, quelques pointillés ; les plis et les mamelons sont très développés. Le duodenum et le jejunum contiennent une substance glaireuse, jaunâtre, presque liquide ; l'iléon présente des follicules clos, très gros, mais pas de plaques de Peger bien apparentes. Dans la partie inférieure de l'intestin grêle, arborisations devenant de plus en plus confluentes, au point de ressembler au niveau de la valvule de Bauhin aux ecchymoses stomacales. Gros intestin météorisé.

Le foie est volumineux. Par sa conformation, il est transposé à gauche. Sa couleur est uniformément cendrée-ardoisée. Vues au miscroscope, les cellules sont troubles ne présentent que très rarement de noyau, encore ce-

lui-ci est-il petit et à moitié masqué par les granulations abondantes et fines; les unes réfringentes (graisse); les autres jaunes (pigment biliaire). Au niveau de la vésicule biliaire, sur le lobe carré, pétéchies lenticulaires superficielles. Le sang est réellement extravasé, comme le montre la coupe. Les canalicules et canaux biliaires sont vides; à peine montrent-ils une fort petite quantité de bile très fluide, presque incolore.

Les vaisseaux sont complètement vides; on ne peut par la pression en faire sourdre la moindre goutte de sang. Le tissu est ramolli partout; le doigt y pénètre de lui-même.

La rate située à droite est peu volumineuse. Ce n'est plus qu'une poche de bouillie.

Les reins sont pâles.

Poumons très sains. Hypostase postéro-inférieure. Ecume très légèrement rougeâtre dans les groses bronches.

Le cœur est situé à droite. L'organe est petit, ferme et décoloré. Au niveau de l'oreillette qui reçoit les veines pulmonaires, on aperçoit de petites ecchymoses dans le tissu cellulo-adipeux, ecchymoses très récentes, comme l'indique la coloration presque rosée. Le cœur est complètement vide de caillots; quelques gouttes à peine d'un sang décoloré, valvules saines. Méninges congestionnés passivement, sinus gorgés de sang. Nulle trace d'inflammation. Le cerveau est très ferme; à la coupe, il est pâle. Il n'y a rien à signaler ni dans les ventricules, ni dans la substance cérébrale et cérébelleuse elle-même.

Il était nécessaire de donner cette observation tout entière pour pouvoir discuter le cas et poser le diagnostic.

En ne considérant que les lésions de la rate, on pense naturellement à l'accès pernicieux. Cet organe est très diffluent, mais peu volumineux et peu pigmenté. Mais il est fréquent aussi de rencontrer une diffluence semblable sur cet organe dans des maladies infectieuses qui ne sont point d'origine paludéenne (cet homme avait été traité à Cayenne, sans succès, par la quinine).

Du reste, les lésions constatées sur les organes font pencher vers un autre diagnostic. On remarque une décoloration générale des organes, sans traces de pigmentation et une tendance à l'hémorrhagie. Les ecchymoses sont nombreuses et variées; les vaisseaux de l'estomac sont dilatés et sur le point de se rompre. Il existe des points ecchymotiques sur le foie et le cœur.

Sur le corps, on remarque des pétéchies, un enduit blanchâtre des gencives et de l'érythème du scrotum.

C'est donc un cas analogue à ceux que je décrivais dans mon précédent rapport sous le titre général de fièvres inflammatoires.

Cet homme a eu la mauvaise fortune de se trouver placé dans de fâ-

cheuses conditions, au moment où il a été atteint de ces fièvres qui guérissent facilement dans les conditions ordinaires, mais qui deviennent mortelles quand l'organisme est surexcité outre mesure et le système nerveux ébranlé, car les fonctions éliminatrices ne peuvent plus se faire librement.

Les autres militaires n'ont rien présenté d'intéressant; quelques embarras gastriques, sans fièvre. Il n'y en a qu'un seul qui ait présenté des accès tierces. C'est un soldat qui se trouvait au Maroni, au mois d'août dernier et qui avait été malade. Parti pour Cayenne, au mois d'octobre, il est revenu au Maroni au mois de novembre pour remplacer le soldat décédé. Quelques jours après son arrivée, il a été pris d'embarras gastrique avec teinte jaune des conjonctives et qui a été suivi d'accès tierces assez réguliers, mais qui commencent à disparaître graduellement, sous l'influence des vomitifs et des purgatifs répétés, sans l'administration d'un seul gramme de quinine. C'est la manifestation chronique de ces mêmes fièvres.

Un coolie arrivé des placers dans un état très grave, a présenté une fièvre subcontinue avec rémission très marquée tous les matins. Dans les premiers jours, il y avait de l'albumine dans les urines, des douleurs erratiques le long des membres et des tuméfactions qui ont présenté le caractère singulier de se déplacer. Soif très vive; évacuations intestinales noires ou grises, pas de douleur du ventre. Cet appareil fébrile inquiétant a disparu avec les purgatifs et sans quinine. Cet homme est sorti complètement guéri, au bout d'un mois.

Chez les femmes transportées, j'ai observé aussi un cas intéressant. Une femme entre à l'hôpital, une première fois, pour phlegmon de la cuisse qui est incisé et d'où il s'écoule un pus sanieux mélangé de sang pourri. Elle sort trop tôt et revient bientôt avec de la fièvre, des vomissements, de l'albumine dans les urines, des boutons pustuleux sur la face et les lèvres. La bouche est enflammée ; il lui est difficile d'avaler du bouillon ; sentiment de brûlure et boutons à l'anus. La fièvre se dissipe au bout de deux jours, pour ne plus revenir, mais le ventre devient douloureux et sensible à la pression. Elle éprouve des douleurs dans les reins et dans le ventre qui lui arrachent des cris déchirants, pendant plus de quinze jours. L'albumine disparaît des urines. Urée, 13 gr. par litre. Elle ne peut rien prendre sans vomir; constipation opiniâtre. Il se forme dans le ventre, du côté droit, une tumeur tantôt mate, tantôt sonore.

Tous les matins, elle rend de la bile jaune. Elle reste dans cet état et finit par succomber.

L'autopsie est pratiquée 5 heures après la mort.

Rigidité cadavérique peu prononcée. Teinte subictérique des téguments, surtout de la face, petites plaques pétéchiales à la face externe des cuisses et des jambes. Yeux profondément encavés. Ventre ballonné, plus irrégulièrement à droite qu'à gauche.

L'œsophage a une couleur verdâtre, est distendu et rempli de mucus et de bile mal élaborée.

La muqueuse est arborisée et pointillée, imprégnée de la matière colorante de la bile mal formée, ce qui lui donne une teinte ardoisée. Les tuniques musculeuse et celluleuse sont amincies par la distension. L'estomac est complètement caché par le feuillet péritonéal qui, par suite d'inflammation chronique, a une épaisseur de 0,03 c. environ. La muqueuse est arborisée, pointillée, vert-ardoisé; pas de traces d'ulcérations.

L'intestin grêle a ses anses soudées toutes entre elles. Il forme une pelote noirâtre, de la grosseur d'une tête de fœtus logée dans l'hypochondre droit. Le feuillet péritonéal qui le recouvre, énormément épais, dérobe complètement l'aspect et les rapports des anses intestinales.On est forcé par la traction de sortir le tube digestif de cette gangue qui l'enveloppe. Son calibre est rétréci de plus de moitié. La muqueuse est d'un vert-ardoisé et ne se détache pas facilement de la celluleuse. Elle est arborisée dans toute son étendue, elle présente un fin piqueté dans les espaces intervalvulaires. Le contenu est bilieux ; à la fin de l'intestin grêle, petite ulcération en voie de formation.

Le gros intestin est réduit au quart de son volume ordinaire et présente la même couleur, les mêmes lésions, le même contenu que l'intestin grêle.

Le foie assez volumineux, adhérent au diaphragme en avant et à tous les organes voisins, est couvert par un péritoine extrêmement épais. Il se déchire avec facilité, ne contient que fort peu de sang fluide et presque rosé; pas de bile dans ses canaux. Son aspect rappelle celui du pancréas. Les cellules sont fortement graisseuses. La vésicule biliaire est distendue par un liquide très visqueux, d'un noir-verdâtre, aloétique, en assez grande quantité. Ce liquide a le filant de la mélasse.

La rate est volumineuse, mais sa structure est tout à fait normale; il y a fort peu de sang.

Les reins sont congestionnés tous deux et présentent des arborisations sur leurs deux faces. Le droit présente une large tache ardoisée sur sa face externe. Ils ont subi la dégénerescence graisseuse.

Le péritoine est tomenteux; en le râclant avec le scalpel, il tombe en détritus purulent. Sa cavité est remplie par cinq litres au moins d'un pus épais, de consistance crémeuse, de couleur verdâtre, d'odeur aigre extrêmement fétide.

Les poumons sont sains; le droit est très anémié et présente sur sa face externe des ecchymoses pénétrant dans le tissu pulmonaire de 0,06 c. environ. La gauche présente de l'hypostase à la base.

Ce cas figure sur la statistique sous le nom de fièvre bilieuse inflammatoire, avec péritonite concomitante.

Chez les hommes de la transportation, je n'ai constaté rien de bien remarquable. Quelques embarras gastriques avec ou sans fièvre qui ont cédé facilement et sans quinine. Quelques cas de dysentéries cédant à merveille à la macération d'ipéca. Ce sont surtout les anémies et les cachexies qui ont dominé, mais sans présenter rien de particulier.

J'ai perdu deux ou trois cachectiques ou anémiques et j'ai vu que c'était toujours la conséquence des mêmes maladies.

Les fièvres gastriques ou inflammatoires amènent chez les personnes mal traitées un affaiblissement des fonctions assimilatrices qui se traduit par l'engorgement des viscères abdominaux, la chloro-anémie, la péricardite, l'ascite et la phthisie. Le point de départ est probablement dans les congestions viscérales qui ont eu lieu pendant la première période. C'est particulièrement sur les personnes qui vivent dans les milieux infectés qu'on observe ces manifestations chroniques de l'empoisonnement. L'absorption continue des miasmes produit sur l'économie un état qui a été comparé avec juste raison par un observateur distingué à l'action altérante de certains médicaments, à doses moléculaires, comme le mercure, l'iode, le plomb. La maladie qui en résulte est la cachexie miasmatique. On voit chez les personnes mal traitées un affaiblissement des facultés assimilatrices, un appauvrissement graduel du sang qui se traduit par l'engorgement des viscères et les maladies chroniques qui en sont les conséquences plus ou moins prochaines. Les mêmes accidents se produisent, quand, l'état nerveux étant mauvais, l'assimilation générale n'est pas assez active pour dissiper les congestions viscérales.

Le sulfate de quinine est encore plus impuissant contre ces manifestation chroniques que contre les manifestations premières. Il est incapable de guérir ces cachexies qu'il entretient peut-être quelquefois.

Un traitement tonique, des purgatifs répétés pour favoriser l'élimination et aider l'action du système nerveux, des antiseptiques intus et extra, un changement d'air et de milieu : voilà les meilleurs remèdes.

*Considérations générales.* — On peut voir que le trimestre qui vient de s'écouler est le meilleur de tous et que depuis très longtemps la mortalité n'avait été moins forte au Maroni. C'est la saison de l'année qui pourtant passe pour la plus mauvaise. Les marais venaient de se dessécher et la saison sèche de s'établir à peine. La saison des pluies avant de s'établir définitivement avait été annoncée par des averses suivies de plusieurs jours de sécheresse et de soleil ardent qui évaporait l'eau qui venait d'humecter le sol. Ainsi du 1er au 15 novembre il est tombé 0,060 mm. d'eau et du 15 novembre au 1er décembre il en tomba à peine 0,005 mm. Et pourtant pas un décès par accès pernicieux.

J'avais été amené, dès le commencement du trimestre et pour des raisons particulières, à supprimer complètement l'administration de la quinine.

Pas un gramme de ce médicament n'a été dépensé dans tout le pénitencier dans les trois mois qui viennent de s'écouler. C'est un fait qui a pour moi une importance capitale et que je tiens à donner, car il prouve que le Maroni n'est pas un pays essentiellement marécageux et que ce n'est pas précisément la fièvre de quinquina qui a fait ici des ravages. C'est un fait qui confirme l'opinion que j'émettais dans un précédent rapport.

Je disais : un pays ne change pas d'une façon aussi radicale d'une année à l'autre, au point de vue des marais ; il existe au Maroni une maladie qui s'est développée et qui peut être détruite.

Ainsi l'année 1878 n'a offert que 69 décès, c'est-à-dire moitié moins que l'année dernière. Le nombre du personnel était cependant le même, car on a reçu dans le courant de l'année 200 transportés arabes, noirs ou annamites.

Le personnel libre qui a été complètement renouvelé, n'a éprouvé aucune perte, puisque pendant toute l'année, nous n'avons à enregistrer aucun décès dans le personnel libre de l'établissement, si ce n'est celui du soldat qui est arrivé de Cayenne dans un état désespéré et dont la mort ne peut être attribuée au Maroni.

Ce chiffre, comparé à celui des années précédentes, prouve assez que l'état sanitaire du Maroni s'est considérablement amélioré. Il prouve tout ce que l'on peut faire avec l'hygiène pour rendre un pays habitable.

*Conclusions*. — L'état sanitaire est parfait en ce moment au Maroni.

Il faut laisser au médecin chargé de la santé publique de tout le pénitencier son rôle le plus important, celui de médecin hygiéniste, si l'on veut avoir quelque chance de maintenir intacte la situation.

## APPRÉCIATION DES FAITS AFFÉRENTS A LA GUYANE.

Le lecteur se demandera sans doute, après avoir lu ces compendieux documents que j'ai rapportés jusqu'ici, s'il n'eût pas mieux valu ne donner qu'une analyse sommaire de ce qui s'est passé de 1852 à aujourd'hui dans la colonie de la Guyane ; car c'est, à proprement parler, l'historique des oscillations de la fièvre jaune que je viens de tracer, et il trouvera peut-être que c'est une digression inutile. Je me suis posé, je dois le dire, cette question avec insistance et même me méfiant de moi dans cette circonstance, parce que je craignais d'avoir une opinion trop influencée par les impressions de mon séjour dans le foyer épidémique, j'ai cru devoir recourir à l'avis de mon excellent maître et ami, M. Bérenger Féraud. Or, il m'a engagé à ne pas

tronquer les indications que j'avais recueillies et il me disait pour cela : « Sans doute vous êtes obligé de donner ainsi une grande longueur à ce chapitre, relativement aux autres, ou bien vous serez entraîné à écrire un livre beaucoup plus volumineux que ce que vous aviez projeté ; mais faut-il que de pareilles considérations vous arrêtent ? Non, car, d'une part, cet historique joue un rôle si grand pour l'opinion qu'on doit se faire sur la nature de la maladie, qu'il serait inopportun de ne pas lui laisser toute l'autorité qu'il puise dans la haute compétence des individus dont il cite textuellement la manière de voir ; d'autre part, on sait si peu de chose encore en France sur la climatologie médicale de la Guyane, que tout ce qu'on peut fournir sur les allures de la maladie dans ce pays, ne peut que présenter un grand intérêt et justifier toutes les digressions qu'on peut faire, toutes les longueurs qu'on donne à un travail. »

Dans ces conditions, j'ai cru nécessaire de laisser dans mon exposition bien des détails qui auraient pu être supprimés, mais comme ils ont été mis en petits caractères, le lecteur qui ne voudrait prendre qu'un aperçu général, sans sonder plus avant, n'aura qu'à laisser de côté les portions écrites en texte plus fin pour s'en tenir seulement aux parties imprimées en caractères ordinaires.

Il est vraiment très fâcheux que nous n'ayons pas pu recueillir assez de documents pour présenter, année par année, l'ensemble de la constitution médicale des divers pays qui avoisinent la Guyane d'une manière plus ou moins immédiate, et je suis persuadé même que si pareil travail peut être fait un jour, il jettera une lumière décisive sur la grande question de l'influence amarile, oscillant suivant telle ou telle condition, comme a voulu le faire prévaloir M. Bérenger Féraud. Mais, quoi qu'il en soit, les renseignements que j'ai pu recueillir sur la Guyane seule, quelque incomplets et imparfaits qu'ils soient, nous montrent déjà, d'une manière assez positive, qu'il existe dans cette Guyane une influence morbide générale que je ne saurais mieux appeler que du nom d'amarile, pour me servir des termes mêmes de mon affectionné maître ; cette influence morbide est constante ou à peu près et fait le fond de la majorité des états fébriles que présentent certaines catégories d'habitants, les militaires et les marins par exemple.

Cette influence amarile qui se traduit par la fièvre que l'on a appelée de tant de noms divers et que j'étudie ici sous le nom de fièvre bilieuse inflammatoire, que M. Bérenger Féraud a adopté pour les Antilles, va oscillant d'une manière assez remarquable et en rapport étroit avec la fièvre jaune proprement dite. Cette fièvre jaune se rapproche-t-elle de la Guyane ? La fièvre inflammatoire devient plus fréquente, prend une forme qu'on peut appeler bientôt épidémique, et c'est au point qu'il semble que l'épidémie de fièvre jaune, quand elle est arrivée à Cayenne, n'a été que la suite de l'épidémie de fièvre inflammatoire.

La fièvre jaune s'éloigne-t-elle de la Guyane, on voit les atteintes devenir plus bénignes en même temps que moins fréquentes, et c'est au point que l'épidémie de fièvre jaune en se terminant se fond si intimement avec l'épidémie de fièvre inflammatoire, qu'il est extrêmement difficile, impossible même souvent de dire où finit l'une et où commence l'autre.

Lorsque la fièvre jaune ne vient pas jusqu'à la Guyane et que cependant elle s'en est assez rapprochée, on voit la fièvre dite inflammatoire augmenter de fréquence en raison directe de la proximité du typhus amaril, et je ne saurais mieux faire comprendre ma pensée qu'en faisant la comparaison suivante : On dirait qu'il se passe ici ce qui se passe dans les boîtes dites d'harmonie ; à mesure qu'un son se produit dans les environs, la boîte vibre de plus en plus si le son se rapproche, et arrive, à un moment donné, à produire elle-même un son qui multiplie ou augmente le son primitif, puis à mesure que le son générateur s'éloigne, les vibrations de la boîte vont diminuant de plus en plus, n'arrivant cependant à s'éteindre que lorsque la cause initiale a disparu depuis assez longtemps.

Sans doute cette comparaison est grossière, imparfaite, mais tout informe qu'elle soit, elle nous permet de faire comprendre la pensée que nous voulons formuler.

Il ressort aussi, de l'historique que je viens de fournir, que lorsque la fièvre jaune règne dans les Petites-Antilles, l'influence amarile peut très-bien ne pas se faire sentir à la Guyane. Nous en avons un exemple frappant pour 1868 et 1869. Mais il faudra, je le reconnais volontiers, un plus grand nombre de faits analogues pour juger la question d'une manière définitive.

On pourra sans doute m'objecter que les médecins si nom-

breux qui se sont succédé à la Guyane de 1852 à nos jours, ont rattaché le plus souvent les pyrexies qu'ils observaient à l'action marémmatique ; ils ont cru fermement, j'en conviens, que cette action se retrouvait à chaque instant et dans toutes les affections morbides de la colonie ; c'est pour cela que les noms d'accès pernicieux, de fièvre rémittente bilieuse se trouvent dans les diagnostics, comme l'emploi de la quinine, à plus ou moins forte dose, se rencontre dans le traitement. Or je pressens que plus d'un lecteur sera disposé à penser *à priori* qu'il y a chez moi non seulement une grande présomption à venir formuler une opinion contraire, mais encore il croira volontiers que j'ai tort, ne pouvant admettre sans répugnance que tant d'hommes éminents qui m'ont précédé, se sont trompés toujours ou presque toujours, alors que moi, modeste et obscur observateur, n'ayant ni l'âge, ni le grade qui donnent une grande autorité, j'ai la prétention d'être dans le vrai et d'avoir raison contre une pléiade de mes anciens et de mes vénérés prédécesseurs. Cependant cette considération ne m'arrêtera pas plus qu'elle n'a arrêté mon affectionné maître, qui s'est trouvé dans les mêmes conditions, au moins, quand il a entrepris d'écrire l'histoire de la fièvre bilieuse inflammatoire des Antilles; d'autant que, puisqu'il a réussi à convaincre alors qu'il ne pouvait s'appuyer sur l'autorité de personne autre, je puis, moi, m'appuyer sur la sienne, ce qui m'est, on ne saurait le contester, d'un puissant secours.

Mais d'ailleurs je dois ajouter que j'aurai à revenir sur le point d'étiologie de la maladie, dans d'autres parties de mon étude, de sorte que je puis demander à ceux qui voudront se faire une opinion sur la question, de suspendre leur jugement jusqu'à ce que j'aie présenté tous les éléments de la discussion. Il me suffit pour le moment qu'ils admettent, ce que j'ai cherché à mettre en saillie, les oscillations de la fréquence et de la gravité de cette pyrexie remarquable que j'étudie d'une année à l'autre ; je crois pouvoir leur prédire qu'après avoir lu mon étude en entier, la plupart de leurs préventions contre ma manière de voir se seront évanouies, si en commençant ils étaient disposés à ne voir dans la fièvre précitée que le résultat d'une influence marémmatique, une fièvre à quinquina, pour me servir de l'expression consacrée.

### B. *Faits afférents aux colonies voisines et aux autres pays tropicaux des deux Amériques.*

Comme je l'ai dit au commencement de ce chapitre, c'est au livre de M. Bérenger Ferraud que nous aurons recours pour cette seconde partie.

« A la Martinique, nous voyons tout d'abord que la fièvre inflammatoire, comme du reste la fièvre jaune, paraît, dès 1819, être en relation étroite de cause à effet, avec les vents de la partie du Sud.

En juillet 1828, sous l'influence des vents de la partie du Sud, les maladies fébriles semblèrent se compliquer d'un peu plus de céphalalgie, de douleurs lombaires et de prostration que de coutume.

En 1830, les appellations de gastrite, gastro-céphalite, gastro-entérite furent appliquées aux maladies régnantes. Il y eut quelques cas de fièvre suivis d'ictère, et un d'entre eux fut suivi de mort. Le Dr Garnot le considéra, après l'autopsie, comme un véritable cas de fièvre jaune sporadique. Il est à considérer que dans ce moment régnaient des vents du Sud.

En 1831, c'est la dysentérie et l'hépatite qui sévissent et préoccupent les médecins. La température fut modérée et les vents restèrent cantonnés dans la partie du N. à l'E. le plus souvent.

En 1832, la fièvre inflammatoire est observée : céphalalgies très intenses, accompagnées de lassitude et de douleurs contuses dans les membres, principalement sur les militaires nouvellement arrivés de France.

En 1833, c'est la dysentérie qui fit tous les frais de la pathologie à Saint-Pierre; dans le courant de l'année, sous l'influence des chaleurs énervantes et des vents du S. et S.-E., on observa des cas de fièvre inflammatoire. A Fort-de-France, on observa un assez grand nombre de cas de fièvre inflammatoire, mais confondus avec ceux du paludisme.

Au mois d'août 1838, sous l'influence des vents de la partie du Sud, on vit de nouveau augmenter à Saint-Pierre le nombre des atteintes, de ce qu'on appelait alors la gastro-céphalite. Dans l'exposé de leurs symptômes, on voit bien positivement la fièvre inflammatoire.

En 1844, au moment où la fièvre jaune cessait, on trouve un rapport de Câtel, qui indique positivement l'apparition d'une véritable épidémie de fièvre inflammatoire.

En 1850, elle se montra de nouveau avec une intensité assez grande, toujours sous l'influence des vents du Sud et des chaleurs très fortes et humides.

En 1852 et 1853, cette fièvre inflammatoire sembla évoluer parallèlement à la fièvre jaune, augmentant et diminuant avec elle, à mesure que la température et surtout que les vents de la partie du Sud avaient plus d'intensité et de persistance. Puis, en août, les brises du Nord reprennent leur prédominance, en même temps que les pluies rafraîchissent un peu l'atmosphère. En même temps que le germe catarrhal, que la dysentérie semblent se réveiller, on voit et fièvre inflammatoire et fièvre jaune diminuer et disparaître bientôt en même temps.

En décembre 1854, la température s'élève un peu, la sécheresse survient tout à coup par le fait d'une brusque cessation des pluies. La brise passe au Sud, tend à aller même vers le Sud-Ouest dans le milieu du jour, et voilà que les phénomènes inflammatoires reparaissent. A ce sujet, dans son rapport sur le 4e trimestre 1855, M. Chapuis disait : « Il est impossible de ne pas voir une prédisposition au développement de l'épidémie dans ces fièvres, dont nous avons parlé dans notre dernier rapport, que nous avons désignées sous le nom de fièvres inflammatoires, et dont nous avons fait ressortir la parfaite ressemblance avec la fièvre jaune. »

En 1856 et 1857, on voit les mêmes oscillations parallèles de la température, des vents, de la fièvre inflammatoire et de la fièvre jaune, à Fort-de-France comme à Saint-Pierre.

En 1860, le Dr Langellier-Bellevue, chef du service de santé à Saint-Pierre, établit un rapport dans lequel il dit que l'affection qu'il a improprement désignée et décrite sous le nom de fièvre inflammatoire, devrait être plutôt appelée fièvre jaune bénigne. En même temps le Dr Ballot signale une fièvre simulant la fièvre inflammatoire, mais avec exanthème.

En 1861, il y eut quelques jours de vent du Sud et on compta à l'hôpital de Fort-de-France une quinzaine de fièvres inflammatoires. C'est à partir de cette époque que le nom de fièvre rémittente bilieuse, qui avait été oublié depuis le commencement

du siècle, recommença à être donné quelquefois et de plus en plus fréquemment à la maladie.

En 1865, l'état bilieux prit une prédominance marquée à Saint-Pierre. Pendant que cet état bilieux se manifestait ainsi à l'hôpital, on observait chez les enfants créoles ce qu'on appelle les mauvaises fièvres dans le pays.

A la fin de l'année 1869, l'épidémie de fièvre jaune disparut. Néanmoins pendant le premier trimestre de 1870, les fièvres bilieuses et inflammatoires furent assez fréquentes, pour qu'on se demandât si l'épidémie de fièvre jaune qui venait de cesser n'était pas imminente encore.

Dans le courant du second trimestre de 1874, la fièvre inflammatoire apparut à Fort-de-France, apportée par un paquebot de la ligne de Colon-Aspinwal.

En 1876, M. Bérenger Féraud observa une véritable épidémie de fièvre inflammatoire. On envoyait à l'hôpital des hommes paraissant avoir, de prime abord, les phénomènes de l'état typhoïde léger, qui n'étaient en réalité que la fièvre inflammatoire de forme insidieuse. Il observa alors l'influence des conditions climatériques. En effet, pendant des séries de jours, la brise remontait vers le N., les nuits étaient fraîches, la dysentérie prédominait, la fièvre inflammatoire était rare; au contraire, les conditions opposées survenaient, la dysentérie diminuait et la fièvre inflammatoire augmentait.

En 1877, une seconde épidémie fut étudiée par le même observateur. Cette fois, elle fut plus sévère, puisqu'il y a 2 décès sur 145 entrées. La maladie était moins franche en même temps que moins bénigne, et bien que les caractères généraux fussent tellement semblables à ce qui s'était passé en 1876, qu'il eût été impossible de nier l'identité des deux séries d'atteintes, il y eut des différences assez tranchées pour montrer que l'affection ne suit pas toujours la même marche.

*Guadeloupe.* — Vatable a parlé incidemment de cette fièvre inflammatoire dans un mémoire : il l'a considérée comme le premier degré de la gastro-entero-céphalite, qui n'est que la fièvre jaune.

Les renseignements puisés dans l'ouvrage de Rochoux, prouvent que la fièvre inflammatoire régnait en même temps que la fièvre jaune.

De nos jours, elle a été observée par M. le médecin de première classe Leclerc, et notre regretté collègue Guéguen.

*Brésil.* — En 1848, le Dr Lallemant a décrit une forme de fièvre observée très-fréquemment dans la salle des étrangers de l'hôpital de la Miséricorde; il la qualifiait du nom de gastro-cérébrale, qui rappelle la nosographie de Pinel et Broussais. C'était une sorte de synoque simple, produite par la chaleur et la radiation solaire, il lui donna le nom de fièvre insolatoire, fièvre d'insolation.

M. le professeur Jaccoud ne vise pas autre chose que la fièvre inflammatoire, en parlant de la forme abortive de la fièvre jaune qu'il a vue lui-même au Brésil. D'après ce savant praticien, ce sont des fièvres jaunes arrêtées à la période de réaction générale; toute localisation fait défaut.

*Vénézuéla* et *Colombie.* — On peut trouver l'indication positive de l'existence de la fièvre inflammatoire, sur le littoral du Vénézuéla et de la Colombie, dans un travail du Dr Manuel Daguins.

*Mexique.* — La fièvre inflammatoire a été décrite au Mexique par le Dr Crouillebois, sous le nom de fièvre jaune légère.

MM. les docteurs Gantelme et Bouffier, médecins principaux de la marine, ont vu maintes et maintes fois cette fièvre inflammatoire à l'hôpital de la Véra-Cruz.

## CONCLUSIONS TOUCHANT L'HISTORIQUE.

Il ressort du long historique que nous venons de faire des maladies à la Guyane, certains enseignements que nous pouvons tout de suite résumer de la manière suivante :

Les épidémies de fièvre jaune à la Guyane sont généralement précédées, accompagnées et suivies de certaines fièvres plus ou moins graves auxquelles on a donné différents noms, suivant les époques et d'après les caractères qu'elles empruntaient aux circonstances particulières de saisons et de climats. Elles existent aussi en dehors des épidémies de fièvre jaune; elles sont endémo-épidémiques.

Ces fièvres apparaissent avec autant de fréquence dans les endroits où les marais ne peuvent pas être mis en cause, que

dans les pays essentiellement marécageux, toutefois leurs allures peuvent légèrement se modifier. Les Iles-du-Salut, qui sont des rochers en pleine mer et où il ne peut pas exister de marais, ont vu mourir plus d'hommes de ces affections que tous les autres points de la Guyane. C'est là que débarquaient tous les convois de transportés, et à peine arrivés, ils payaient un large tribut à la maladie. Tantôt les fièvres étaient bénignes, tantôt elles étaient graves, suivant l'intensité du poison.

Ces mêmes fièvres existent dans les Antilles, au Mexique et au Brésil.

Dans tous ces pays, comme à la Guyane, elles paraissent en rapport avec les vents du Sud, qu'ils viennent de terre ou de la mer.

Avec les vents de la partie du Sud, on voit prédominer le caractère bilieux ; les vents de la partie du Nord font souvent cesser les symptômes bilieux qui sont remplacés par l'état catarrhal et les flux intestinaux. Les vents du Sud n'agissent point comme vecteurs des effluves, car aux Antilles ils ont la même influence qu'à la Guyane et ils viennent de la haute mer. Ils agissent par leurs propriétés physiques ; par l'humidité qu'ils portent avec eux, ils s'opposent à la perspiration cutanée et sont favorables aux fermentations.

Les fièvres, dites bilieuses, se présentent le plus souvent avec les caractères d'une altération du sang ; l'appareil biliaire est plutôt inactif. M. Chapuis, qui emploie souvent le nom de rémittente bilieuse, déclare que cette fièvre se rapproche essentiellement, par ses symptômes et ses lésions, de la véritable fièvre jaune n'ayant pas encore le caractère épidémique.

Il résulte enfin, de tous les rapports qui précèdent, que le Maroni a été soumis pendant quatre ans à une influence épidémique et contagieuse à laquelle différentes dénominations ont été appliquées, et qui, du reste, a pu présenter pendant cette longue période des allures un peu différentes. A mon arrivée au Maroni, pour la première fois, j'avais pour mission de résoudre la question de la nature de la maladie régnante. Après une observation attentive, j'ai cru trouver à cette maladie tous les caractères de la fièvre jaune. Une désinfection complète et sérieuse en a fait justice.

---

# CHAPITRE III

## Description clinique.

La maladie qui nous occupe est essentiellement variable dans ses formes. Elle varie suivant l'intensité du poison, suivant le tempérament sur lequel il exerce son action et suivant les circonstances météorologiques ; aussi, avant de bien établir toutes ces différences, j'ai cru devoir faire un chapitre spécial, pour donner au lecteur une peinture à grands traits de manière à fixer suffisamment son esprit.

Il est des maladies qui semblent se jouer du praticien et qui prennent suivant les cas des allures qui peuvent tromper. Il y a loin souvent de la pathologie à la clinique, et telle affection bien décrite sera peut-être difficile à déterminer au lit du malade pour quiconque ne sera pas habitué à son aspect général. — Les erreurs en médecine sont souvent entretenues par l'habitude prise par beaucoup d'auteurs de ne représenter une maladie que dans ses formes les plus rapides et dans ses caractères les plus typiques.

C'est ainsi que la fièvre jaune par exemple est une des maladies les plus susceptibles de se modifier suivant la localité, suivant les diverses épidémies dans la même localité, suivant la saison dans la même épidémie et suivant la gravité. — Aussi on est surpris de voir avec quelle facilité on peut se méprendre dans les cas qui ne se rapprochent pas absolument des atteintes types de l'affection. — S'il en est ainsi de la fièvre jaune qui est une maladie assez bien déterminée, parce que les phénomènes ultimes sont à peu près toujours semblables ; il en est de même, à plus forte raison, d'une maladie qui s'en rapproche, mais qui est encore plus variable, car on n'a plus dans celle-ci comme dans l'autre la véritable pierre de touche et la résistance plus ou moins grande de l'organisme déroute le praticien. — Il faut donc observer cette maladie dans ses formes les plus bâtardes aussi bien que dans les autres et rechercher les liens

qui doivent rattacher ces formes à la même cause. Il vaut mieux s'efforcer de rattacher l'exception à la règle que d'avoir recours à de nouveaux processus morbides dont l'existence est assez problématique.

Je trouve dans l'histoire médicale de la fièvre jaune observée en Catalogne en 1821, par Bally, François et Pariset le passage suivant qui vient bien à l'appui de l'idée que je soutiens :

« Les symptômes effrayants qui sont le cortège habituel de la maladie ne se montraient pas toujours en égal nombre, ni avec la même intensité. Ils affectaient, au contraire, soit dans leur association, soit dans leur succession, soit dans leurs degrés, des combinaisons qui en faisaient prodigieusement varier les apparences; tantôt se produisant lentement et s'enchaînant avec le plus formidable appareil, tantôt, au contraire, si violents et si brusques, que la mort arrivait avant qu'ils se fussent complètement développés, ou si légers, que la maladie n'était réellement qu'une indisposition. Il résultait de là qu'on était exposé à voir une suite de six, huit, dix malades, sans rien reconnaître en eux qui décelât positivement la nature du mal ou en apprît la gravité. Et de là aussi est née l'erreur de quelques médecins qui, se laissant prendre aux premiers dehors, et après un examen trop superficiel et trop court, osèrent prononcer que la maladie n'était rien en elle-même : jugement fort étrange qui fut porté avec une précipitation dont les suites, pour Barcelone, ont été déplorables. »

On serait forcé, sans cette étude synthétique, de créer autant de maladies que de malades, tant sont grandes les différences symptomatiques, surtout quand on s'occupe de maladies qui n'ont pas de déterminations morbides spéciales. Pour les fièvres éruptives, il est plus facile de ne pas se tromper, car on a, comme point de repère, l'éruption, si peu accentuée qu'elle soit. — Ainsi, il est facile de rapprocher la varioloïde de la variole, parce que, dans l'une comme dans l'autre, il existe une éruption qui diffère sensiblement, mais qui permet de rapprocher les deux maladies. Mais dans ces affections à symptômes généraux où les localisations manquent souvent, l'erreur est facile. Et ici, j'entends parler surtout des cas qui guérissent, car pour les autres on peut sans trop de difficulté avec les lésions anatomiques les rapporter à un groupe morbide.

Nous allons donc essayer d'étudier la fièvre bilieuses inflammatoire, d'une manière générale, en ne donnant que les symtômes communs à toutes les formes.

## PRODROMES.

On peut dire, en général, qu'il existe des prodromes dans la fièvre inflammatoire, — souvent ils sont peu marqués et passent inaperçus. — C'est le plus souvent un léger mal de tête qui augmente le soir; la peau est un peu plus sèche; on éprouve des envies de dormir ou bien au contraire le sommeil est agité. —Quand on a l'attention fixée sur son état, on remarque que les yeux sont plus gros que d'habitude et on éprouve une légère douleur autour des orbites. Les jambes sont brisées. — L'appétit se conserve presque toujours jusqu'au moment où la maladie éclate.

Ces prodromes existent, pour ainsi dire, toujours, mais ils sont plus ou moins marqués, et souvent il faut bien y faire attention pour les percevoir. Ils varient suivant certaines conditions dont il faut tenir compte.

A. Le sujet vient d'arriver dans la colonie, ou bien n'a jamais été malade.

B. Le sujet est acclimaté et a déjà subi une ou plusieurs atteintes de cette fièvre.

Dans le premier cas, les prodromes sont beaucoup moins accusés. C'est principalement le matin, en se réveillant, qu'on éprouve une lassitude générale; les jambes sont faibles, les tempes sont serrées. On veut vaquer quand même à ses occupations et bientôt la céphalalgie augmente, surtout si on est exposé au soleil, qu'il est impossible de supporter à ce moment. On éprouve des douleurs de reins et tout le corps est courbaturé. Un frisson ouvre la scène. — L'exposition au soleil en est souvent la cause déterminante, etc., c'est surtout en fréquentant des malades ou certains lieux infectés qu'on a contracté le germe.

Dans le second cas, quand le sujet est acclimaté ou qu'il a eu une ou plusieurs atteintes de fièvre inflammatoire, les prodromes sont plus accusés et durent beaucoup plus longtemps. On peut dire, d'une manière générale, que les prodromes sont d'autant plus longs que le sujet a été exposé plus souvent à des atteintes antérieures.

Plusieurs jours avant que la maladie se déclare, on ressent de temps en temps des bouffées de chaleur, simulant des accès

de fièvre, sans frisson, accompagnés de mal de tête et d'envies de vomir. — La bouche est sèche — avec ou sans douleurs de reins. Le matin en se levant, on se sent mieux, et le soir le mal de tête augmente; quand on ne fait rien pour combattre cet état, les symptômes augmentent d'intensité; il y a de l'insomnie et la maladie éclate. — J'ai vu parfois cet état durer près de huit et même quinze jours. C'est surtout dans ces cas qu'on est disposé à voir un début intermittent. Nous verrons ce qu'il faut en penser.

Ainsi la maladie est très généralement annoncée par des prodromes qui sont : une légère douleur de tête siégeant principalement au-dessus des orbites, accompagnée d'une tension du globe de l'œil; les traits de la face paraissent un peu altérés, les yeux sont cernés et le teint présente une coloration particulière légèrement bistrée, indiquant déjà la souffrance de l'organisme; il existe une certaine tendance au sommeil avec rêvasseries; les idées sont plus obscures, l'imagination se prête plus péniblement aux travaux intellectuels, avec une grande paresse d'esprit; on paraît fatigué et ennuyé; la langue se charge souvent, elle devient blanche et il existe parfois des nausées à l'époque des repas, mais la nourriture passe sans fatigue; la constipation ou la paresse des fonctions intestinales devient incommode; parfois des diarrhées de matières jaunâtres ou grisâtres toujours fétides soulagent ou terminent l'indisposition; des douleurs vagues se font sentir aux jambes et aux cuisses, la région lombaire est souvent le siège d'une espèce de pesanteur ou d'embarras; on éprouve une fatigue assez notable faisant naître le désir de repos, lors même qu'on sent le besoin de prendre l'air et de se promener. — Un semblable état, sans observer une marche régulière, persévère souvent dix à quinze jours, sans que le sujet soit obligé de s'aliter. — Quelquefois, tout se borne à ce genre d'indisposition et on ne se doute pas alors qu'on s'est trouvé sous le coup de la maladie. Mais ceux qui s'exposent constamment aux dangers d'une nouvelle contagion et qui commettent de graves erreurs de régime voient bientôt la maladie éclater. — Souvent la nuit, la peau devient chaude, sèche et brûlante, et le sujet menacé vous dit qu'il a éprouvé un mouvement de fièvre, sans frissons et sans sueurs; tout s'est borné à une légère exaltation du pouls et de la chaleur.

## PREMIÈRE PÉRIODE.

Après les prodromes qui existent souvent, mais qui peuvent manquer ou passer inaperçus, la maladie éclate avec un cortège de symptômes souvent les mêmes.

L'état fébrile, qui s'est manifesté dans le cours ou à la fin de la période prodromique, ou qui a paru en pleine santé, se caractérise par une céphalalgie plus accusée, par un frisson et une ascension thermique tout de suite très élevée. La fièvre prend les allures d'une subcontinue avec des rémissions matinales plus ou moins marquées et des exacerbations vespériennes plus ou moins considérables.

La céphalalgie est frontale ou sus-orbitaire, elle est le plus souvent très pénible et en rapport direct avec la gravité de l'atteinte. Le malade cherche à la faire cesser ou à l'atténuer par l'exposition à l'air frais, par la compression ou par l'application de compresses glacées. Elle augmente rapidement au moment de l'invasion et elle oblige le sujet à quitter toute occupation et à s'aliter. Cette douleur sus-orbitaire paraît dès l'invasion et persiste pendant la durée de la fièvre. Chez les uns, la céphalalgie est vive et aiguë, elle semble déchirer le front, les orbites, comprimer le globe des yeux ; on sent les tempes serrées, comme si le crâne eût été aplati latéralement ; chez d'autres, et c'est le plus grand nombre, la céphalalgie a quelque chose de sourd, de profond, produisant la sensation d'un poids. La douleur occupe le sommet de la tête et quelquefois les tempes, mais presque jamais l'occiput.

Dès l'invasion, et en même temps que la céphalalgie s'annonce, l'insomnie se déclare. Le sommeil est troublé par des rêves fréquents et pénibles. Cet état d'insomnie ou d'agitation nocturne persévère pendant tout le temps de la maladie et se prolonge quelquefois fort avant dans la convalescence.

Les facultés intellectuelles conservent toute leur plénitude ; le délire n'existe pas dans la première période ; il paraît quelquefois dans le cours de la maladie, mais seulement dans certains cas.

Mais il est un symptôme auquel les malades échappent rarement ; c'est un sentiment inexplicable d'étonnement, d'inquiétudes ou de mélancolie.

Les douleurs à l'épigastre ne tardent pas à paraître; pourtant la pression à la région épigastrique ne détermine pas les douleurs si violentes qu'on provoque dans la véritable fièvre jaune. D'autres sensations incommodes par leur durée, comme par l'agacement qu'elles produisent, arrivent dans les premiers jours. Il faut signaler comme étant des plus constantes, la douleur de reins, qui se prononce avec plus ou moins de force, selon les sujets, mais qui est rarement insupportable. C'est plutôt une douleur sourde aux lombes que l'on ressent. Quelquefois c'est à la région sacrée que l'on éprouve une sensation incommode qui agace plutôt qu'elle ne fait réellement souffrir.

Les bras et les jambes sont aussi le siège de certaines douleurs; elles occupent plus souvent les cuisses et les jambes, les muscles des bras et des épaules sont aussi le siège de certaines douleurs.

Le frisson n'est généralement pas très intense. Il est toujours bien marqué, sans être excessif. Ce sont plutôt des frissons qui traversent le corps du patient comme des traits pénibles. Ces frissons augmentent très sensiblement le malaise. M. le médecin en chef, Bérenger Féraud, a remarqué que ce frisson est par son intensité et sa persistance en relation directe avec la gravité de l'atteinte.

L'ascension de la température est rapide. M. Bérenger Féraud l'a trouvée en général au-dessus de 39 degrés chez tous ceux qu'il a examinés deux ou trois heures après l'invasion. Il n'est pas toujours facile de pouvoir noter la température au moment précis de l'invasion, mais en prenant la moyenne de mes observations, voici ce que j'ai remarqué: Dès le premier jour, la température s'élève et se maintient à 40°,5. Le second jour, elle reste à peu près à ce niveau; le matin cependant il n'est pas rare qu'elle se trouve au-dessous de 40°, et que le soir il se produise une légère exacerbation.

Pourtant, et c'est un fait important à noter, parce qu'il se présente aussi presque constamment dans les cas non douteux de fièvre jaune, on remarque, vers la fin du deuxième jour, une rémission plus ou moins complète et qui dure plus ou moins longtemps, au lieu de l'exacerbation vespérale ordinaire. Il faut y faire attention et en profiter pour l'administration des médicaments, car le malade à ce moment est plus calme et supporte

mieux ce qu'il ingère. J'insiste beaucoup sur ce point, car il est bon de ne pas s'y laisser prendre. Cette rémission varie sans doute beaucoup suivant les cas; d'une assez longue durée dans les cas à marche lente et insidieuse, elle est plus courte dans les cas graves et rapides. Quand elle est de longue durée, elle est toujours de bon augure, si l'on sait en profiter pour agir sérieusement. La température oscille généralement à ce moment, dans les cas moyens, entre 38 et 37. Cet état peut induire en erreur, car il peut donner le change et faire croire à un accès intermittent. Dans ce cas, on permet au malade de se lever et de manger, et on est surpris le lendemain ou le surlendemain de voir son état général s'aggraver et la fièvre revenir, malgré la quinine que l'on a pu administrer. Il est fréquent de voir cette rémission durer plusieurs jours, surtout quand le sujet ne commet aucun excès; dans tous les cas, elle est assez marquée, le matin du troisième jour. On voit ensuite la température monter graduellement, comme elle est descendue. Il n'y a pas de nouveau frisson dans les cas ordinaires et qui marchent régulièrement; souvent sans le thermomètre, l'augmentation de la chaleur passerait inaperçue pour l'observateur et même pour le sujet qui se sent bien toujours sous une mauvaise influence, mais qui ne croit pas avoir la fièvre. Les sensations du malade sont trompeuses, et j'ai vu maintes fois des hommes me dire qu'ils ne sentaient pas la fièvre, quand le thermomètre accusait 39° et plus.

Le troisième jour est donc sujet à présenter des variations, au point de vue de la température. En général, elle est le matin aux environ de 38, et le soir à 39, et quelques dixièmes. Pour les autres jours, mes chiffres concordent avec ceux de M. Bérenger Féraud. Ainsi on peut donner comme moyennes, pour le quatrième jour, 39,6, 39,7; pour le cinquième jour, 38,6, 39,2; pour le sixième jour, 37,7, 37,8; pour le septième jour, 37,6, 37,4; pour le huitième jour, 37,2, 37,3; pour le neuvième jour, 37,1, 37,1; pour le dixième jour, 36,9, 36,9; pour le onzième jour, 36,7, 36,5; pour le douzième jour, 36,5, 36,6; pour le treizième jour, 36,6, 36,6; pour le quatorzième jour, 36,5, 36,5.

Ainsi on peut dire, d'une manière générale, que la fièvre, dans cette maladie, se montre assez brusquement, précédée par

un frisson; qu'elle atteint rapidement un summum thermique assez élevé où elle se maintient environ 36 à 48 heures. Elle présente à ce moment une rémission ou sub-rémission qui a pour caractère essentiel de se faire lentement et graduellement, pour donner suite à une nouvelle élévation de température qui n'a point lieu d'une façon brusque, comme dans la fièvre d'accès, mais qui se fait aussi d'une manière très graduelle et qui met souvent près de 24 heures pour atteindre un summum thermique aussi élevé que le premier jour. Elle se maintient au niveau qu'elle a atteint, pendant un jour ou deux, en présentant quelques oscillations, et, à partir du cinquième jour, la défervescence s'accentue et s'établit d'une manière définitive. Il est à remarquer que, pendant la défervescence, il arrive parfois que la température du soir soit inférieure à celle du matin. Il est aussi à remarquer que la température descend beaucoup au-dessous de la normale pendant plusieurs jours, comme si, dans l'organisme, les sources de chaleur avaient diminué. Ce n'est pas seulement dans ce fait, mais dans plusieurs autres, que nous analyserons bientôt, que nous observerons cette tendance de l'organisme à l'inaction. Il faut bien se pénétrer de l'idée que tout n'est pas fini ou plutôt que les organes ne sont pas encore complètement revenus de la secousse qu'ils ont éprouvée, quand la chaleur n'est pas revenue au point normal et que toutes les fonctions n'ont pas repris leur cours régulier. On s'exposerait sans cela à de graves mécomptes et c'est dans ces cas que l'on observe ces complications et ces rechutes souvent si funestes aux malades.

Le pouls est élevé, fréquent, assez plein. Dans le plus grand nombre de circonstances, il conserve la même force et la même vivacité ; ce qui est, en général, d'un assez bon augure. Il atteint rarement la plénitude du pouls des phlegmasies franches. Il s'élève à 80, 90 et même 100 pulsations ; il est rare qu'il dépasse ce chiffre, pendant la première période ; c'est plutôt dans la seconde période qu'il s'élève d'une manière exagérée ou qu'il diminue, suivant les sujets et la marche de la maladie, et qu'il présente les variations que nous aurons l'occasion d'étudier plus tard.

La respiration devient plus élevée et plus rapide; les sujets arrivent à avoir 28, 30, 32 mouvements inspiratoires par mi-

nute. En général, elle reste libre et elle n'est point gênée, ni spasmodique, comme il peut arriver plus tard, dans le cours de la maladie. Il n'y a pas de toux, à moins que les malades n'aient été précédemment atteints d'une affection catarrhale.

L'aspect extérieur présente certains signes à peu près constants, bien qu'ils varient d'intensité suivant les sujets et le degré de la maladie.

La face se colore, avec la période de chaleur; elle prend bientôt une teinte rouge qui a paru à quelques observateurs être caractéristique de la maladie, ainsi que de la fièvre jaune. C'est qu'en effet, dit M. Bérenger Féraud, la rougeur de la face permet de reconnaître à distance la maladie, quand on v[illegible] un individu atteint de fièvre inflammatoire au milieu d'autres malades. On dit que la face est vultueuse, mais si la coloration est différente de l'état normal, elle varie suivant une foule de circonstances. D'abord cette teinte diffère d'intensité suivant le degré de la maladie; c'est surtout le sujet qui fait la différence. Ce sont en particulier les personnes récemment arrivées de France ou qui ont une constitution robuste qui présentent la coloration la plus accentuée. Chez les individus habitant les pays chauds depuis longtemps, si l'on peut dire que le teint est plus animé qu'à l'état normal et que la rougeur de la face est un des caractères du début de la maladie; dans certaines circonstanees cette teinte est à peine plus animée que dans l'état ordinaire de la santé; il faut reconnaître que cet état ressemble communément à peine à celui des personnes qui font une promenade agréable pendant la chaleur ou qui sont dans le moment d'une digestion laborieuse. Il me semble avoir observé parfois que certaines personnes conservaient leur teint naturel ou qu'il était plus pâle que de coutume. La rougeur ne se borne pas toujours à la face, quand elle existe; souvent elle occupe le cou et descend même jusque sur la partie antérieure du thorax. J'ai observé aussi, comme M. le médecin en chef, Bérenger Féraud, certaines éruptions; mais comme elles apparaissent, quand elles se montrent, à la fin de la première période ou au commencement de la seconde, je ne m'y arrêterai pas pour le moment, d'autant qu'elles me semblent devoir être rapportées à une cause tout autre que celle qui produit la rougeur du début ou d'excitation.

C'est ici le lieu de parler d'un symptôme particulier, sur lequel mon excellent maître, M. Bérenger Féraud a appelé l'attention d'une manière particulière ; c'est l'érythème scrotal. Il a eu le mérite d'élever ce symptôme à la hauteur d'un signe diagnostique, en lui assignant sa juste valeur. — Ce n'est point un signe pathognomonique, parce que souvent il n'est pas très marqué et qu'il peut exister dans d'autres maladies qui peuvent se rapprocher par leur nature de la fièvre inflammatoire, mais quand il existe à côté d'autres signes aussi significatifs, il peut mettre l'observateur sur la voie du diagnostic. — A mon arrivée à la Guyane, avant que l'épidémie de fièvre jaune fût bien déclarée, j'ai eu l'occasion de l'observer sur un malade que je soignais et dont le diagnostic me paraissait indécis. Une fièvre avec congestion de la face s'était allumée et persistait, malgré l'administration de bonnes doses de quinine, quand je remarquai, le troisième jour, une rougeur excessivement prononcée du scrotum qui fixa mes idées et me fit renoncer à l'idée du paludisme. Cet érythème scrotal n'est pas toujours aussi accentué. — Il est parfois moins facile à constater que d'habitude. Nous verrons plus loin, dans un cas que je rapporte, que pendant la vie, c'est à peine si j'ai pu constater une légère rougeur du scrotum, tandis qu'aussitôt la mort, qui était arrivée rapidement, il était facile de percevoir cet érythème siégeant à la partie antérieure du scrotum et ne pouvant être confondu, à cause de sa situation, avec l'hypostase.

C'est à M. Bérenger Féraud que revient l'honneur de la première description de ce symptôme ; aussi je ne puis mieux faire que de le décrire comme lui : « — L'érythème des bourses commence au moment du début de la période fébrile, par une fine injection du réseau veineux de la peau, qui donne à la partie une couleur rosée, manifeste et caractéristique. — Dans tous les degrés de la maladie, il est à noter que l'injection, ou pour mieux dire, les lésions sont toujours plus accentuées dans les régions latérales que sur la ligne médiane. La rougeur de la peau du scrotum peut passer du rouge-cerise au rouge-vineux ; on peut voir se produire des phlyctènes et l'épiderme de toute la partie voisine se soulever par petites places, comme s'il avait subi un commencement de dessiccation ; la finesse de cet épiderme fait que bientôt l'excoriation est constituée. »

La peau du reste de la surface du corps est souvent sèche et donne au toucher une sensation âcre et mordicante. Si la peau est toujours sèche au début, au moment de l'invasion, il n'est pas rare de constater parfois dès le premier jour une moiteur et même une sueur halitueuse; c'est ce qui indique, en général, que le cas ne sera pas grave, surtout si, sans être très abondante, elle se répand avec uniformité sur tout le corps. Il serait difficile d'affirmer que cette sueur est critique, puisqu'elle paraît dès le début et qu'elle ne termine point la maladie. Elle n'empêche pas sa marche simple ; souvent même elle ne s'oppose pas au développement des grands symptômes. Toutefois cette excrétion est d'une grande utilité et lorsqu'elle se maintient, on doit penser que la marche de la maladie sera simple et que les premiers symptômes, loin de s'exaspérer, s'affaibliront peu à peu ; ainsi plus elle dure, plus elle est favorable. A la fin de la première période, il est fréquent de constater des sueurs abondantes qui paraissent juger la phase fébrile. Elles sont souvent si copieuses qu'il faut changer le sujet de linge deux ou trois fois en peu de temps. Elles manquent quelquefois et, dans certaines circonstances, on voit la période fébrile cesser, sans qu'on ait pu constater un mouvement critique du côté des sueurs. L'odeur de la sueur est peu marquée dans le principe, mais si elle dure, elle finit par être assez forte pour être comparée à celle des hommes qui ont fait une longue course ou de violents exercices. Quand on entre dans une salle contenant plusieurs malades atteints de fièvre inflammatoire, on ressent une odeur particulière et assez forte pour impressionner désagréablement.

Pendant que nous nous occupons des phénomènes que présente l'enveloppe cutanée, nous devons ajouter qu'on a signalé quelquefois un état luisant de certaines parties de la face ; le nez, par exemple, serait parfois comme tuméfié. M. Bérenger Féraud ne l'a cependant jamais observé.

Les yeux paraissent généralement animés et brillants; ils deviennent légèrement humides et s'injectent, la nature de cette injection est fort variable, tantôt elle occupe toute la conjonctive, mais le plus souvent elle est partielle et fixée à l'angle interne ou à l'angle externe des globes. Cette injection varie également d'intensité et est peu marquée dans les degrés légers.

La pupille est plus dilatée qu'à l'état normal ; la photophobie n'existe pas.

L'appareil digestif présente certains phénomènes intéressants à étudier. Les malades accusent en général un mauvais goût à la bouche, goût fade, très rarement amer; c'est plutôt un sentiment d'empâtement ; il existe parfois une disposition au ptyalisme. On note dans quelques cas des constrictions de l'isthme du gosier, jamais assez prononcées toutefois pour gêner la déglutition, mais qu'on peut expliquer par la rougeur qu'on observe sur la muqueuse du pharynx et souvent de l'œsophage.

La langue n'est pas plate et étalée ; elle est ramassée et globuleuse. Son enduit n'est pas uniformément réparti ; presque toujours, elle reste humide. Dans les premiers jours de la maladie, elle se couvre d'une teinte blanchâtre, plus épaisse au centre de l'organe qu'à la périphérie et surtout à la pointe où elle est à peine accusée. Cet enduit lingual est quelquefois assez épais et souvent il présente une coloration jaunâtre. Les bords de la langue restent nets, mais le plus souvent ils présentent, ainsi que la pointe, une légère rougeur : on voit de petites papilles rouges faisant saillie sur le fond blanc de l'épithélium.

Les gencives prennent aussi un enduit blanchâtre parfaitement décrit par M. Bérenger Féraud. C'est un caractère qui, pour cet observateur distingué, est à peu près constant et qui est presque pathognomonique de l'affection, si on le rapproche de l'érythème scrotal et de certains autres signes congestifs. Ce caractère existe souvent, en effet, quand on le recherche bien, mais il varie du plus au moins ; il est variable aussi selon les époques et les épidémies. En tous les cas, c'est un caractère important dont il faut tenir compte. Pour ma part, je l'ai rencontré souvent, quelquefois très marqué, souvent moins accusé et se bornant à un liseré blanchâtre. En essuyant les gencives avec un linge fin, il était facile de s'apercevoir qu'on enlevait des lamelles épithéliales. Cette exsudation étudiée au microscope par le D^r Michel est uniquement constituée par des plaques d'épithélium. Elle existe principalement sur les gencives et plus spécialement sur leur face extérieure. On remarque donc une exsudation spéciale, puis une décoloration partielle pendant plusieurs jours à partir du commencement de la maladie et

même jusqu'au moment où la convalescence est assez avancée. Il m'a semblé que dans certains cas cette exsudation ne se limitait pas aux gencives, mais qu'elle existait également sur la muqueuse buccale, à la face interne des joues; ce qui rendrait compte de l'état d'empâtement que manifestent quelquefois les malades à leur réveil.

« Cet enduit, dit M. Bérenger Féraud, est semblable à celui que laisserait le passage d'une crème légère ou à l'escarrhe que fait le nitrate d'argent passé très légèrement sur une muqueuse. Dans quelques cas, cet enduit est seulement sous forme de petites plaques triangulaires blanches, entre chaque dent, dans la sertissure même des gencives. Le plus souvent, au contraire, il est plus étendu, il forme une couche uniforme et non interrompue, occupant la moitié de la hauteur de la gencive qui touche aux dents. Lorsque cet enduit gingival est abondant, on peut l'observer sur toute l'étendue des deux arcades. Lorsqu'il est peu accusé, il faut le chercher pour plus de facilité sur quelques points spéciaux et c'est surtout alors sur l'arcade inférieure, aux environs des canines qu'on le trouve plus facilement et qu'il persiste mieux.

« Si on regarde la muqueuse gingivale après qu'on a fait disparaître cet enduit, soit par le frottement d'un linge fin ou d'une spatule, soit même seulement par des gargarisations répétées à l'eau simple, on constate qu'elle est dépolie; elle présente à l'œil nu un aspect très finement rugueux et comme granuleux qui prouve qu'elle a perdu sa parfaite intégrité. De sorte que, même au cas où on aurait pensé primitivement que cet enduit est le résultat de l'application mécanique d'un liquide laiteux par exemple, on peut s'assurer que, bien au contraire, c'est un produit de sécrétion fait sur place et au détriment de l'épithélium gingival.

« Il dure pendant tout le temps de la période fébrile et, lorsque la rémission survient, il disparaît; mais les gencives continuent à conserver sur tous les points où il existait une coloration plus blanche, comme relativement anémiée, qui fait qu'au premier coup d'œil on croirait à l'existence de cet enduit, alors qu'il n'existe déjà plus. »

La bouche est sèche et la soif est souvent assez vive pendant la période fébrile. Les liquides passent facilement, mais chez

certains malades ils déterminent une légère sensation de brûlure par leur passage dans l'œsophage.

Dans le premier temps de la fièvre, les malades ne demandent point d'aliments; si des appétits factices se font sentir, c'est surtout dans la deuxième période et on verra plus loin comment il faut surveiller l'alimentation.

Les nausées existent souvent; il y a parfois des vomituritions qui varient suivant l'époque de la maladie à laquelle on les constate. Au début, il n'est pas rare d'observer quelques vomituritions bilieuses, jaunâtres ou verdâtres, mais en assez faible quantité; plus tard, elles sont aqueuses ou alimentaires. Ces vomituritions sont surtout composées de mucosités fort claires, laissant après elles un goût très fade.

Les éructations sont assez fréquentes et laissent au passage quelque chose d'acide.

La région épigastrique est sensible et douloureuse. Les malades éprouvent une sorte de constriction et de pesanteur à l'épigastre. Ces constrictions se répètent fréquemment, augmentent avec les approches de la nuit et s'accompagnent quelquefois de palpitations en cette région. Ces douleurs ne se limitent pas toujours à l'épigastre et affectent souvent la région ombilicale ou les hypochrondres. La pression est incommode, sans réveiller une trop grande sensibilité, quelques malades accusent une certaine brûlure de l'estomac.

L'abdomen est modérément développé en général; la pression y provoque souvent quelques légers gargouillements, donnant la sensation d'un liquide intestinal qui se déplacerait sous le doigt, surtout sur le trajet des côlons. Il existe souvent du météorisme et les gaz ne sont pas étrangers aux douleurs qui existent à l'épigastre et à l'ombilic. Le ballonnement est souvent très manifeste.

La constipation est à peu près de règle dans tous les types de la maladie. Cet état qui précède et accompagne presque toujours le début de la maladie, semble devoir être attribué à l'inertie du tube intestinal et à l'absence du stimulus de la bile qui se sécrète, comme nous le verrons plus loin, en moins grande quantité. Il est à noter que la constipation est facilement domptée par les plus légers laxatifs, quand la maladie ne doit pas être grave et qu'on les emploie de bonne heure, mais

il n'est pas rare de voir la constipation se reproduire dès qu'on en cesse l'emploi. Il existe donc plus ou moins un certain resserrement du ventre. Il y a cependant des exceptions à cette loi habituelle de la constipation pendant la période fébrile. M. Bérenger Féraud les a signalées. Il faut remarquer qu'à un certain moment de l'épidémie, qu'il a observée en 1876 à la Martinique, les sujets qui entraient à l'hôpital disaient généralement avoir eu des coliques au début ou quelques heures avant d'avoir la fièvre qui ouvre la scène de la maladie. Il fait remarquer aussi que, le 22 juin, les atteintes de fièvre inflammatoire cessèrent brusquement et furent remplacées par quelques dysentéries très sévères, puis la dysentérie disparut et la fièvre inflammatoire reparut avec les phénomènes habituels du resserrement primitif du ventre. En 1877, il a eu plusieurs fois l'occasion d'observer des variations analogues. Je suis heureux de me trouver encore, sur ce point, en complet accord avec mon vénéré maître. Je m'étendrai plus longuement sur ce sujet, quand j'arriverai à établir les relations de la diarrhée bilieuse ou de la dysentérie avec la fièvre inflammatoire. Les selles de la première période, qu'elles soient naturelles ou provoquées par un purgatif, sont, au début, légèrement bilieuses, jaunâtres, et bientôt elles deviennent d'un gris noirâtre ou prennent une teinte ardoisée, c'est-à-dire assez dépourvues de bile.

L'appareil urinaire présente des signes importants à étudier. L'urine est assez rare pendant toute la première période de la maladie et jusqu'à ce que la fièvre soit tombée. Cette urine produit, en passant dans le canal de l'urèthre, une sensation de chaleur désagréable. Ces urines, de la période fébrile, sont de couleur un peu plus foncée que celles de l'état physiologique, elles présentent une couleur orangée ; elles sont même sous ce rapport assez caractéristiques et contrastent singulièrement avec les urines de la deuxième période ; leur densité est un peu plus grande et elles contiennent souvent un léger nuage de mucus vésical.

La couleur jaune-orangé des urines est due à l'urochrone qui existe en notable quantité. En oxygénant l'urochrone par l'acide azotique et la chaleur, on arrive à obtenir une couleur bien foncée. Quelquefois la couleur est beaucoup plus rouge et est due à l'uroérythrine. En réduisant l'uroérythrine par l'hydro-

gène sulfuré ou l'acide sulfureux, on arrive à la teinte de l'urochrone par réduction d'oxydation. Je n'en ai jamais vu d'assez foncées en couleur, pour laisser supposer la présence du sang en nature.

Au point de vue de leur composition, les urines doivent attirer spécialement notre attention. Je me suis attaché, dans tous les cas que j'ai étudiés, à rechercher l'albumine, la bile, l'urée, l'acide urique. Ces analyses ont été faites le plus souvent par M. Lalande, pharmacien de 2e classe, qui remplissait les fonctions de chef du service pharmaceutique au Maroni, pendant une période où il existait des cas non douteux de fièvre jaune, et qui a toujours mis dans les recherches qu'il a faites, sur le sang ou les différents liquides de l'économie, le soin le plus minutieux et le dévouement le plus absolu.

Dans les cas légers et moyens, les urines ne contenaient pas d'albumine. Dans les cas bien accentués, en même temps que certains symptômes généraux assez sérieux se manifestaient, on pouvait constater un anneau albumineux qui durait plus ou moins de temps, suivant la gravité de la maladie. L'albumine était recherchée par l'acide azotique, mais la contre-épreuve était presque toujours faite avec l'acide acétique et la chaleur, quand il y avait le moindre doute. Quand l'albumine paraît dans l'urine, c'est généralement vers le troisième jour qu'elle se manifeste. En versant goutte à goutte de l'acide azotique, on voit se former, vers le fond du vase, un léger anneau blanchâtre qui varie d'épaisseur; il disparaît le plus souvent au bout de deux ou trois jours, mais dans certains cas il persiste et il n'est pas très rare de voir se produire, quand la maladie augmente de gravité, un véritable magma albumineux.

Dans les urines qui ne contiennent pas d'albumine ou qui en contiennent en très faible quantité, il est fréquent de constater, en versant une certaine quantité d'acide azotique dans un vase à expérience contenant de l'urine, un anneau violet qui passe facilement au brun en ajoutant une nouvelle quantité d'acide. Cet anneau avait attiré mon attention et je l'avais déjà noté dans mes observations, quand je l'ai vu signalé dans le livre de M. Bérenger Féraud; c'est une nouvelle preuve, bien faible il est vrai, de l'identité des affections que nous avons observées, lui à la Matinique et moi à la Guyane. — Cette colo-

ration spéciale serait due, d'après M. Porte, à l'acide rosacique et à l'acide urique.

La bile n'existe généralement pas. J'ai examiné, pendant mon séjour à la Guyane, plus de mille urines; je puis dire que je n'en ai pas trouvé vingt contenant de la bile, même en très faible proportion. C'est un fait qui surprend, quand on voit la plupart des malades présenter une teinte jaune manifeste. Quand la bile apparaît dans l'urine, c'est surtout dans le commencement de la deuxième période qu'elle se montre et je me réserve de discuter la valeur de ce signe, en faisant l'analyse des symptômes. Dans certains cas, jai constaté une teinte verdâtre très-peu appréciable permettant d'affirmer la présence de la bile, mais en quantité si minime qu'elle ne prouvait rien pour expliquer l'ictère si manifeste des individus.

L'urée va toujours en diminuant dans la première période. C'est un signe sur lequel j'ai porté toute mon attention et que j'ai toujours recherché avec soin, convaincu qu'il pourrait peut-être un jour donner la clef de certains phénomènes encore inexpliqués. Le foie étant le siège principal de l'uropoïëse et l'urée étant éliminée en moins grande quantité, on peut déjà en conclure que le foie fonctionne peu. Mais, avant d'aborder ces interprétations qui m'entraîneraient trop loin et qui du reste n'appartiennent pas à ce chapitre, il convient de dire ce qu'on observe dans cette maladie, relativement à l'urée. On peut dire d'une manière générale qu'elle diminue pendant tout le cours de la maladie. — Pendant la première période elle diminue à peu près graduellement. — Il est difficile de donner des chiffres moyens approximatifs, car ils varient suivant les cas; on verra dans le chapitre suivant, en consultant les observations, les variations de ces chiffres, eu égard à la quantité d'urine émise. Si nous prenons au hasard un cas moyen, nous voyons le premier jour, 25 gr. 60 d'urée par litre; le second jour, 20 gr. 30 par litre; le troisième jour, 27 gr. 02 par litre, et 21 gr., 60 pour 800 gr. d'urine émise en 24 heures; le quatrième jour, 14, 86 par litre et 8 gr. 90 pour 600 gr. d'urine émise; le cinquième jour, 12 gr. 45 par litre, et 8 gr. 70 pour 700 gr. d'urine émise. — Nous discuterons plus loin la valeur de ce symptôme.

L'acide urique va en sens inverse de l'urée, c'est-à-dire en

augmentant, mais c'est surtout vers la fin de la première période qu'on le trouve en quantité notable. M. Lalande a trouvé une fois 3 gr. 56 d'acide urique par litre. On remarquait dans les urines soumises à l'analyse, une grande quantité d'acide urique présentant de magnifiques cristaux au microscope, et offrant, avec l'acide azotique étendu sur une plaque de porcelaine chauffée et traitée par l'ammoniaque, une belle couleur de purpurate d'ammoniaque.

Vers la fin de la période fébrile, les urines présentent une tendance manifeste à l'effervescence; elles se décomposent rapidement. Elles contiennent souvent, à ce moment, des phosphates, en outre des mucosités qui sont abondantes et qui peuvent se déposer.

Cette première période fébrile, qui est vraiment la période inflammatoire et qui justifie le nom donné à la maladie, à cause des phénomènes congestifs qui l'accompagnent, présente une durée de trois à cinq jours. — C'est pendant ce laps de temps que se déroulent les symptômes que nous venons de passer en revue; et c'est alors que va commencer une nouvelle période annoncée surtout par la cessation de la fièvre. Souvent la fin de la première période est signalée par des phénomènes particuliers: on remarque des sueurs abondantes ou une copieuse émission d'urines, phénomènes assez marqués en quelques circonstances pour pouvoir être considérés comme critiques. Il n'est pas rare cependant que cette période fébrile cesse, sans qu'on ait pu constater un mouvement critique, soit du côté des sueurs, soit du côté des urines. Souvent aussi il se produit du côté de l'intestin un phénomène analogue à celui qui se passe à la peau et au rein, et annoncé par l'émission de fèces; il se produit presque spontanément deux ou trois selles demi-liquides et de nature bilieuse.

En résumé, quand la détente se produit, le pouls perd de sa fréquence et de son ampleur et la température baisse. En même temps la céphalalgie diminue ou disparaît; les douleurs lombaires, abdominales, les douleurs des membres sont moins intenses et le malade ressent un bien-être relativement très grand, mais qui n'est cependant pas complet. La convalescence qui se produit généralement est longue et difficile; le moindre écart de régime peut tout remettre en cause: car, à cet état

inflammatoire succède presque toujours un état de dépression des forces, une véritable prostration; on sent que l'organisme a été profondément atteint et qu'il ne peut pas se remettre d'un seul coup.

## DEUXIÈME PÉRIODE

La deuxième période qui a succédé à la première, d'une manière assez lente et pour ainsi dire graduellement, n'a point de limite déterminée; elle n'a rien de fixe; elle dure de huit à quinze jours en moyenne.

La fièvre qui caractérisait la première période est tombée. Elle a diminué graduellement et a cessé d'une manière à peu près complète. C'est souvent la nuit que se produit cette détente, mais il n'est pas rare qu'elle se produise dans la journée; on a vu le malade le matin, il paraissait mieux que la veille, mais le thermomètre accusait encore un peu de fièvre et le malade se plaignait encore de certaines parties du corps; le soir, la fièvre avait à peu près cessé et le sujet se disait guéri. Il faut avoir soin, comme le fait judicieusement remarquer M. Bérenger Féraud, de contrôler par le thermomètre toutes les sensations qu'accuse le malade ou que l'on éprouve soi-même en le touchant. Plusieurs fois j'ai failli me laisser prendre à ces fausses impressions que vous donne une peau légèrement moite et on verra plus loin, en lisant mes observations, que j'ai noté ce fait plusieurs fois.

La température ne s'arrête pas d'une manière définitive au chiffre normal; elle se tient au-dessus et souvent au-dessous; elle oscille, pour ainsi dire, pour bien montrer que l'organisme éprouve une certaine peine à reprendre son équilibre. En général, elle reste pendant quelques jours au-dessous de la normale, entre 36 et 37; quelquefois même elle descend à 35, pour reprendre peu à peu son niveau ordinaire, quand il ne survient pas une rechute ou une complication.

En même temps que la fièvre cesse, les douleurs disparaissent et les symptômes généraux s'amendent, on ne voit le plus souvent à ce moment qu'une grande faiblese; le sujet est abattu et peut à peine se lever. Souvent il est obligé de garder le lit plusieurs jours après que la fièvre a disparu.

On se rend compte de ce fait, si l'on songe au trouble profond amené dans toute l'économie par cette maladie. En effet, il m'a été donné de faire la numération des globules, avec l'appareil si ingénieux de M. Malassez et j'ai trouvé chez deux malades, dont je rapporterai l'histoire un peu plus loin, une déglobulisation rapide. On constatait le troisième jour de la maladie 4,032,000 déglobules et le septième jour à peine 2,239,000. Ces deux hommes étaient robustes, n'ayant jamais été malades et quelques jours de fièvre les avaient jetés dans un état de dépression très prononcé ; ce qui s'explique facilement, si les chiffres de la numération sont justifiés et si la déglobulisation est si rapide et si intense. Chez un autre sujet, qui n'avait jamais été malade et qui a présenté une fièvre continue pendant cinq jours, on a pu en constater le dixième jour de la maladie 1,965,000. Ces analyses ont été faites par M. Lalande; nous y reviendrons plus loin.

La céphalalgie frontale cesse ou diminue notablement; dans ce dernier cas, elle n'est plus qu'un poids ou une pesanteur incommode qui paraît fixée sur le front. Les yeux semblent moins gros, on les ouvre plus facilement et sont moins sensibles à la lumière; la pupille est moins dilatée. Quand on commence à se lever, on sent la tête lourde et on éprouve souvent un sentiment de vide.

Le sommeil revient; il est beaucoup plus calme. Le malade n'est plus tourmenté par ces rêves effrayants qui le fatiguaient beaucoup dans la première période. Le délire a disparu, quand il a existé. Les douleurs à l'épigastre sont moins accusées. Pourtant le ventre reste encore assez sensible ; il est souvent ballonné et j'ai vu bien des malades fatigués par le météorisme, comme dans la première période; il y a une inertie évidente des tuniques musculaires de l'intestin. Les autres douleurs des membres tendent à disparaître. Il arrive pourtant que des douleurs névralgiques persistent et c'est surtout dans la cuisse qu'elles se localisent. Dans quelques cas j'ai constaté, à cette période, des étourdissements et des vertiges, en se levant et une fois j'ai noté, du côté droit, à la face et aux membres, une certaine perte de sensibilité, en même temps que de la faiblesse dans les jambes.

Cette seconde période n'est point aussi nette que la première

et, dans certains cas insidieux, la rémission n'est pas aussi franche ni aussi complète que j'ai semblé l'établir. Il arrive souvent que le malade sortant trop tôt de l'hôpital est repris dès son arrivée chez lui de mouvements fébriles, sans frisson, accompagné surtout de coliques, de faiblesse ou de douleurs dans les jambes. On ne peut pas dire que ce soit précisément une rechute, car si l'on avait bien étudié le malade, on aurait vu que tout n'était pas fini quand il est sorti et que les organes ne fonctionnaient pas encore normalement. On ne peut pas dire non plus que ce soient des accès intermittents greffés sur la maladie première, car il n'y a rien de régulier; quoi que l'on fasse, si la fièvre reparaît dans la période qui nous occupe, elle dure en moyenne trois jours, en présentant des rémissions irrégulières, et disparaît facilement avec quelques légers purgatifs et surtout par un régime convenable et une bonne hygiène. C'est surtout chez les individus qui sortent trop tôt et qui commettent des excès de régime ou de fatigue qu'on observe ces phénomènes. Il en est quelques-uns qui, restant à l'hôpital, sont soumis à une surveillance particulière et qui cependant ont la fièvre; mais chez ceux-ci la chose est facile à prévoir, quand on y est habitué. Ce n'est pas le moment de discuter la complication paludéenne possible; ce qu'il y a de certain c'est que la quinine même est souvent impuissante à prévenir ces retours de fièvre. Il n'est pas étonnant que des organismes, si anémiés et si débilités, ayant subi une intoxication assez profonde, ne soient sujets à la fièvre qui peut-être n'est que l'indice de l'épine qui reste et qui demande à se faire jour.

Le pouls est moins élevé et moins fréquent. Il descend bientôt au rhythme normal et même dépasse assez souvent le chiffre de 60, pour rester entre 50 et 56 pulsations; quelquefois même il tombe à 40. Sous ce rapport, il est en concordance parfaite avec la température. De même que l'on constate dans certains cas un abaissement thermique assez considérable, de même aussi l'on voit le pouls atteindre un chiffre relativement très peu élevé. Dans certains cas insidieux, où la marche de la maladie avait été signalée par des symptômes d'une grande gravité, j'ai constaté vers la fin de la première période et au commencement de la seconde un pouls petit, dépressible, présentant des intermittences. Ce sont de fausses intermittences, il semble que le cœur

n'ait pas la force de pousser l'ondée sanguine jusqu'à la radiale.

La respiration est à 24, 20 et 18. — Elle éprouve peu d'atteinte. On remarque parfois de grandes inspirations. — Quelquefois le oquet se présente avec une certaine ténacité, même dans les cas qui marchent vers une terminaison heureuse.

Pendant cette période, l'aspect extérieur subit des changements. — La face devient pâle ou légèrement jaunâtre. On remarque sur la face, le cou et la partie antérieure du tronc une teinte subictérique qui se devine plus qu'elle ne se voit. La conjonctive n'a plus la teinte rosée brillante qu'elle présentait au début; elle est devenue plus mate, en même temps qu'elle a pris quelquefois un petit reflet jaunâtre qui, sans être très accusé, est cependant indéniable. — Dans certains cas plus nets et plus graves, la teinte jaune de la conjonctive est très manifeste. — L'ictère ne se montre pas toujours à l'état de subictéricie du teint et des conjonctives; il est quelquefois assez accusé pour être remarqué par tout le monde.

Le corps offre parfois certaines éruptions. Dans un cas, j'ai constaté de la bouffisure de la face et des membres. — L'odeur de tout le corps était repoussante; c'était une odeur de pourri. Il est vrai de dire qu'il n'en est pas toujours ainsi et que je considère ce cas comme exceptionnel. Certaines parties du corps, de même que le scrotum, ont présenté de la desquamation. Dans un cas assez grave, à aspect typhique très marqué, j'ai constaté, sur le corps, un exanthème papuleux; c'étaient des taches semblables à celles de la rougeole reposant sur un fond blanc, un peu élevé; ces taches disparaissaient, en même temps que la fièvre devenait plus forte. — Il existait en même temps des plaques violettes sur les joues.

Dans d'autres cas, j'ai constaté, à cette période, une teinte violacée de la peau; d'autres fois, c'était une éruption de boutons dans le dos, avec démangeaisons, quelquefois c'étaient de véritables taches de purpura.

Quoi qu'il en soit, dans la majorité des cas, la peau est moins sèche et moins tendue; elle est généralement moite et le plus souvent couverte de sueurs abondantes, principalement pendant le sommeil ou quand le malade fait quelques mouvements; elles tiennent à l'état d'anémie de l'individu et à l'altération qu'a dû subir le liquide sanguin.

Les lèvres présentent quelquefois des boutons d'herpès et des croûtes. La langue est plus nette; cependant elle reste encore assez longtemps blanchâtre, et en remarquant bien, on voit qu'elle est encore jaune à la base.

Les gencives ne présentent plus le voile gingival, mais cependant elles ne sont pas revenues à leur état normal. — Ainsi que l'indique M. Bérenger Féraud, elles se présentent sous des états assez différents, suivant les cas : ainsi, tantôt on les voit décolorées de telle sorte qu'on serait tenté de croire, de prime abord, que l'enduit gingival continue à exister et ce n'est que par un examen attentif qu'on s'aperçoit que la couleur blanchâtre est simplement le résultat de la décoloration de l'épithélium et non celui de l'exsudat. D'autres fois, au contraire, on voit les gencives rester un peu boursouflées et congestionnées. — On comprend très bien, en les voyant et en voyant l'état congestif de toute la muqueuse buccale, que pour un peu plus il y aurait exsudation sanguine.

Les nausées et les vomiturітions diminuent en général; quand il y a des vomissements, on rejette des glaires ou des liquides. — La douleur à l'épigastre est moins forte et la sensation de brûlure moins prononcée. La soif est moins vive; l'appétit est souvent très grand; il faut s'en méfier, et ne pas s'en rapporter aux sensations du malade qui sont souvent factices.

Les selles reprennent habituellement leur cours normal ; il existe même une certaine liberté du ventre, une tendance à la diarrhée se manifestant par trois ou quatre selles liquides ou presque liquides dans les 24 heures. — Ces selles sont quelquefois bilieuses, mais le plus souvent elles sont noirâtres et plus souvent encore elles sont grises ou ardoisées, presque dépourvues de bile. — Le ventre devient alors de moins en moins douloureux à la pression ; il n'est plus développé, tend au contraire à diminuer de volume; la palpation n'y fait plus naître de gargouillements et il y a moins de météorisme.

Dès le commencement de la seconde période, les urines changent de coloration. C'est au moment de la transition entre les deux périodes qu'elles ont une tendance à l'effervescence et à la décomposition. Plusieurs fois j'ai accusé les vases un peu sales de produire ce phénomène, mais dans quelques circonstances je me suis aperçu que les urines se décomposaient plus

facilement et plus vite. C'est à ce moment qu'elles déposent des phosphates et du mucus et qu'elles contiennent des carbonates.

En général, elles deviennent pâles et anémiques et se maintiennent pendant très longtemps à cet état. On est très étonné de voir un homme qui n'a pas de fièvre depuis plusieurs jours, présenter des urines pâles comme de l'eau. Elles présentent cette coloration pâle jusqu'à ce que la convalescence soit complètement avancée; elles reprennent alors peu à peu et lentement leur composition physiologique. De temps en temps, quand la convalescence est traversée par des accès de fièvre, la coloration des urines change et c'est presque caractéristique; elles reprennent leur teinte jaune pendant la fièvre et ne redeviennent pâles qu'au bout de quelques jours. On remarque quelquefois, pendant cette seconde période, que la teinte pâle s'accuse davantage, et c'est souvent le prélude d'une nouvelle atteinte.

Quand la maladie a été grave, les urines ne reviennent que lentement à cette coloration anémique qu'elles atteignent toujours.

L'albumine existe quelquefois, pendant cette période, mais ce n'est que dans les cas très graves, dont la première période a été longue et marquée par des symptômes sérieux. En général, dans les cas légers et moyens, il ne paraît plus d'albumine, quand même elle aurait existé en petite quantité pendant la première période. J'ai cherché si l'albumine qu'on rencontre dans certains cas en quantité notable pendant les deux périodes de la maladie et qui ne disparaît qu'à un moment éloigné de la convalescence n'était pas accompagnée de tubuli. Quelquefois j'en ai constaté, mais souvent il était impossible d'en trouver.

L'acide urique existe en moins grande proportion que dans la première période; du reste, il est facile de prévoir que des urines si anémiques doivent contenir peu de produits de combustion ou de dénutrition.

L'urée existe en bien faible proportion et les urines sont remarquables à ce point de vue. J'ai vu dans des cas très nombreux l'urée tomber à un chiffre très faible 2 gr. 85 par litre et pendant un temps très long. Souvent l'urée augmente légèrement et on peut constater 5 gr. ou 6 gr. d'urée par litre, mais en général la quantité d'urée éliminée est très faible. Tant que l'on

voit l'urée se tenir à 2 ou 3 gr. par litre, on peut craindre une rechute ou une complication.

On peut dire, d'une manière générale, que la santé revient lentement et est marquée par une convalescence qui ne marche qu'avec une très grande lenteur. Souvent cette convalescence est traversée par des complications et des rechutes que nous étudierons plus loin, et qui ne nous surprendront pas si nous comprenons bien l'atteinte profonde portée dans l'organisme par la cause morbifique. Actuellement il suffit d'avoir bien présents à l'esprit tous les symptômes que j'ai essayé de décrire pour apprécier la nature de la maladie dont nous nous occupons. Nous tâcherons, plus loin, de tirer une conclusion légitime de l'enchaînement de tous ces faits.

Quand nous aurons étudié la fièvre bilieuse inflammatoire dans toutes ses formes et dans ses principales variétés, que nous en aurons donné l'analyse la plus exacte et la plus scrupuleuse, nous tâcherons, suivant en cela l'exemple qui nous a été donné par notre éminent Inspecteur général *Étude synthétique sur les maladies endémiques*, par le Dr Jules Rochard. Paris, 1871), de soumettre à un travail d'ensemble le groupe nosologique auquel elle appartient, à la définir d'une manière précise, à en fixer les limites, à la soumettre à une classification raisonnée.

Nous verrons si la maladie qui nous occupe est endémique, et pour ranger cette individualité morbide dans le groupe des endémies, nous ne rechercherons pas seulement si elle est plus fréquente à la Guyane que dans un autre pays, mais si elle a sa raison d'être dans les conditions spéciales du pays lui-même. « Les maladies endémiques, dit Ferrus, ont peu fixé l'attention des observateurs ; la raison en est sans doute dans la difficulté de leur étude. La recherche des causes exigerait à elle seule de grands travaux, et l'application des faits, une sagacité qu'on trouve rarement, même chez les hommes les plus éclairés. »

Il serait plus juste, ajoute M. Jules Rochard, d'accuser l'insuffisance des documents dont on disposait alors. En effet, depuis Ferrus, depuis Boudin, la science a marché d'un pas rapide; des idées nouvelles se sont fait jour; des moyens d'investigation nouveaux ont été trouvés. Aussi nous n'hésiterons pas à profiter des connaissances nouvelles pour rechercher et apprécier les causes de la maladie que nous étudions. Nous l'en-

visagerons dans son ensemble, nous étudierons d'une manière spéciale les complications qu'elle peut présenter. Nous nous estimerons très heureux si nous arrivons à convaincre que, dans certains cas, une pneumonie, une dysentérie ou toute autre affection est sous la dépendance directe d'une cause générale endémique. On pourra, en se prononçant en connaissance de cause sur des questions que l'on tranche sans appel, alléger le sort des familles que les hommes confiés à nos soins laissent derrière eux, lorsqu'ils succombent.

---

# CHAPITRE IV

## Formes et Variétés.

Après avoir étudié la maladie dans son ensemble, de manière à donner de prime abord au lecteur une idée générale des symptômes qu'elle présente le plus souvent et des allures qu'elle affecte ordinairement, il est bon d'entrer dans le détail de ses variétés. La fièvre inflammatoire qui présente toujours certains caractères généraux est souvent difficile à saisir, parce qu'elle revêt des formes différentes et qu'elle présente certaines variétés qu'il faut bien connaître. Je tiens à répéter que cette maladie manque de localisations spéciales qui permettent au praticien de la bien reconnaître. Pour mettre un peu d'ordre dans cette étude, je serai obligé d'admettre des divisions et des subdivisions, mais ces divisions seront purement artificielles, elles ne serviront qu'à guider l'esprit.

Au point de vue de la gravité des symptômes qu'on observe, la maladie peut être divisée en trois degrés : dégré léger, moyen et grave.

Le premier n'est, en quelque sorte, que la maladie ébauchée ne présentant que des phénomènes peu accusés. Le second constitue déjà une maladie assez bien déterminée; c'est celui qui nous a servi de type pour la description générale. Le troisième enfin est la fièvre inflammatoire avec des phénomènes d'une certaine intensité : c'est lui qui nous servira peut-être de trait d'union entre la fièvre inflammatoire et la fièvre jaune.

Chacun de ces degrés présente deux formes assez tranchées : forme franche, forme insidieuse. Pour la première, les caractères sont plus nets et plus accusés. Dans la seconde, on voit survenir souvent des phénomènes qui masquent la physionomie de la maladie et peuvent tromper; quand on n'est pas prévenu de certaines causes d'erreur, et que l'on n'est pas habitué à dégager la maladie de ses complications, on est susceptible de faire fausse route, en ne se rendant pas un compte exact de la cause et de la nature de la maladie que l'on observe.

### PREMIER DEGRÉ. — FIÈVRE INFLAMMATOIRE LÉGÈRE.

Ce degré léger n'est pas une maladie bien grave; c'est une simple indisposition; c'est un orage éphémère qui ne laisse pas beaucoup d'empreinte, à la condition cependant que le sujet soit bien surveillé et qu'il ne soit pas obligé de séjourner dans un milieu infecté. Ces cas légers ne sont point dangereux en général et cependant si on n'y prend garde, si on ne porte sur eux toute l'attention voulue et que la cause morbide continue à agir sur le malade ou qu'il commette un excès quand l'organisme est menacé, il peut en résulter des accidents. Cet état est difficile à distinguer d'un embarras gastrique fébrile ou d'un simple accès intermittent; c'est souvent ainsi qu'on le caractérise.

Pendant les périodes d'épidémie de fièvre jaune, on voit souvent les habitants d'une ville infectée, légèrement indisposés vaquer à leurs affaires, sans s'aliter; on en voit un grand nombre poursuivis par des symptômes qu'on ne saurait considérer comme des prodromes, puisque toute la maladie se borne assez souvent à ces indispositions qui n'ont pas de suite sérieuse. On considère même que c'est un assez bon signe, d'éprouver certains dérangements de la santé assez faibles pour annoncer que la cause délétère s'use dans des actes successifs peu dangereux.

Ces malades, au premier degré, éprouvent de l'insomnie et un certain affaissement moral; les idées sont plus obscures et ont quelque chose de moins actif; l'imagination se prête plus péniblement aux travaux intellectuels et il y a une grande paresse d'esprit. L'inquiétude, l'ennui, la mélancolie, la terreur, la fatigue poursuivent certains individus et des rêves pénibles se mettent de la partie.

Des céphalalgies, tantôt sourdes, tantôt superficielles et passagères se font sentir; la tête est pesante; tous ces symptômes, peu prononcés, sont mal dessinés et ne présentent pas une forme continue.

Les traits de la face paraissent un peu altérés; le teint, sans être positivement jaune, est moins animé, plus pâle, plus blafard, le fond de l'œil est jaunâtre. C'est ainsi que l'on aperçoit dans les promenades, presque toute la population avec un air de mauvaise santé.

La langue se charge souvent; blanche ou jaune, elle semble indiquer la cause de l'anorexie et de ces nausées qui reviennent souvent surtout à l'époque des repas. Avec tous ces symptômes, la nourriture passe sans fatigue; mais la constipation ou la paresse des fonctions intestinales devient incommode. Parfois aussi ce sont des diarrhées bilieuses qui soulagent ou terminent l'indisposition.

L'excrétion des urines se fait facilement; elles sont jaunes, et quelquefois déterminent de la chaleur dans le canal de l'urèthre. La respiration est libre. La chaleur ne s'élève pas d'une manière sensible; mais la nuit, la peau est souvent sèche et brûlante. Les transpirations sont augmentées; la peau devient plus rude et finit même par s'exfolier; chez quelques-uns, on aperçoit des éruptions rougeâtres.

Des douleurs vagues se font sentir aux jambes, aux cuisses, et la région lombaire est souvent le siège d'une espèce de pesanteur et d'embarras.

Enfin on éprouve une fatigue assez notable, ce qui imprime une espèce de lenteur et fait naître le désir du repos, lors même qu'on sent le besoin de prendre l'air et de se promener.

Au milieu de tous ces symptômes, plus ou moins vagues, plus ou moins prononcés, plus ou moins nombreux, les personnes ainsi affectées ne s'alitent pas; un semblable état, sans observer une marche régulière, persévère dix à quinze jours. On peut même espérer, après ce genre d'épreuve, que l'on ne tombera pas malade si l'on ne s'expose pas constamment aux dangers d'une nouvelle contagion, et si l'on ne commet pas de graves erreurs de régime.

En temps d'épidémie, on surveille plus attentivement ces états, car on voit souvent la fièvre jaune tâter l'organisme par ces légères indispositions, avant de se développer d'une manière sérieuse. En dehors des épidémies, on y fait moins attention et cependant il n'est pas rare d'observer de fâcheuses conséquences. Il est certain que ces accidents sont beaucoup plus à redouter en temps d'épidémie qu'en temps ordinaire; mais si, en dehors des temps d'épidémie, la marche est moins rapide et si même le type est différent, le résultat peut être aussi fâcheux. Ce n'est pas le lieu ni le moment de nous demander pourquoi elle se présente tantôt avec des caractères de

bénignité extraordinaire et d'autres fois avec des caractères plus sérieux et plus insidieux. Nous tâcherons plus loin de démêler cette question assez obscure, en tenant compte des conditions variées au milieu desquelles se trouve placé le malade.

Pour le moment, je vais me borner à donner les observations que j'ai recueillies avec soin et sans parti pris, pour ainsi dire jour par jour et heure par heure. Nous noterons, en passant, si ces observations ont été prises en temps d'épidémie ou en temps ordinaire et quelles que soient les périodes pendant lesquelles on aura observé, nous admettrons les deux formes précitées 1° forme franche ; 2° forme insidieuse.

### 1° FORME FRANCHE.

Dans le premier degré de la fièvre inflammatoire, la marche de la maladie est souvent indécise et indéterminée ; elle se borne quelquefois à tâter le malade ; c'est ce que j'ai cherché à établir précédemment, pour qu'on soit bien en garde contre ces indispositions qui durent huit ou quinze jours, se terminant souvent d'elles-mêmes, mais donnant lieu dans certains cas à des suites fâcheuses ; elles sont souvent le prélude de la fièvre inflammatoire à forme insidieuse.

Dans la forme franche, les sujets sont atteints assez brusquement, au milieu de la santé et le plus ordinairement la nuit. En se réveillant, on éprouve une céphalalgie assez violente, les tempes sont serrées, les mouvements des yeux sont douloureux ; une légère douleur des lombes se manifeste. La peau est chaude et sèche ; le pouls est fort, la fièvre se déclare et dure de trois à quatre jours, sans présenter une ascension thermique bien élevée. La rémission s'établit facilement et graduellement, sans crises. La température suit une marche régulièrement descendante, avec de très légères exacerbations, à mesure que la température revient aux environs de la normale ; le pouls tombe, la peau devient halitueuse, de sèche et âcre qu'elle était au toucher, et le sujet entre dès lors en convalescence ; on observe un peu de pâleur de la face et du tronc ; quelquefois une teinte légèrement subictérique. Les sujets accusent pendant plusieurs jours une faiblesse insolite et une prostration particulière des forces ; quelques-uns présentent des troubles gastriques ou intestinaux.

### Observation I.

*Fièvre inflammatoire au premier degré, appelée fièvre continue.*

Gourseray, soldat d'infanterie de marine, 32 mois de Guyane. N'a jamais été malade. Forte constitution. N'était jamais venu au Maroni avant le mois d'avril 1877.

Cet homme entré à l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni dans la soirée du 2 août 1877, avait éprouvé le matin, en se levant, un malaise général. Dans la journée ce malaise augmente et vers 2 heures de l'après-midi, au moment d'un orage, il se trouve plus mal. Bouffées de chaleur, céphalalgie violente. Faiblesse générale allant jusqu'à la syncope, le soir à 6 heures nouvelle faiblesse.

A son entrée à l'hôpital, peau très chaude, mais un peu moite.

8 heures du soir. T. 40.

*Prescription* : Tisane d'ayapana, bouillon, quinine 1 gr., lavement sulfaté à 40 gr.

3 août. 8 heures du matin. T. 39,6.

Quelques selles pendant la nuit. Peau toujours chaude, mais moite. Céphalalgie persistante avec quelques douleurs dans les reins et les membres. Yeux injectés; langue sale.

4 heures du soir. T. 40,4. Dans la journée, selles nombreuses, fétides et jaunâtres.

4 août. 8 heures du matin. T. 38.

Légère rémission. Peau moins chaude; la céphalalgie continue. La langue est très jaune et saburrale au centre, rouge sur les bords. Rien du côté du ventre. Pas de météorisme. Pas de douleur du côté de la rate; légère douleur dans l'hypochondre droit. A beaucoup transpiré la nuit. Selles bilieuses. Urines normales; ni bile, ni albumine. Nombre de globules 4,032,000. La numération a été faite avec le compte-globules de M. Malassez.

*Prescription :* Tisane albumineuse, bouillon.

Potion { quinine 2 gr.<br>sirop diacode 30 gr., potion tonique.

4 heures du soir, 10 sangsues derrière les oreilles.

*Prescription :* Lavement { huile d'olive 150 gr.<br>jus de citron 50 gr., citrate de magnésie 50 gr.

T. 38,8. Les sangsues ont beaucoup saigné. Deux légères selles bilieuses dans la journée.

Agitation assez grande du malade. Langue très sale; se plaint de quelques nausées; rien dans les urines.

5 août. 8 heures du matin. T. 37,8. Sous l'influence du purgatif, selles bilieuses, abondantes, mais fétides. Langue toujours sale au milieu et rouge sur les bords.

Les yeux sont toujours injectés et présentent une teinte subictérique paraissant se développer.

La figure a perdu son coloris et présente une teinte pâle. Pas de sommeil. Peau chaude et moite. Transpiration facile et abondante. Les yeux sont sensibles à la lumière.

*Prescription* : Chocolat, soupe, panade, tisane albumineuse.

Potion { quinine 2 gr.
sirop diacode 30 gr., potion tonique.

4 heures du soir. T. 37. Potion morphinée à 30 gr.

6 août. 8 heures du matin. T. 37. Amélioration très sensible.

Le malade a dormi cette nuit. Plus d'agitation.

Langue toujours saburrale, mais semblant se nettoyer.

Légère décoloration des gencives.

*Prescription :* Chocolat, tapioca, albumineuse.

Potion { sirop diacode 30 gr., potion tonique, sirop de morphine 40 gr.,
quinine 2 gr.

4 heures du soir. T. 37. Pouls plein, mais régulier.

L'amélioration continue. A un peu dormi dans la journée. La figure est pâle. La langue est toujours un peu sale et rouge sur les bords. La douleur à l'épigastre a disparu.

7 août. 8 heures du matin. T. 37,1.

Amélioration notable. La langue est revenue à son état normal, le malade a dormi et se sent mieux ; il accuse seulement un sentiment de vide dans la tête. Les urines déposent facilement et contiennent beaucoup de matières colorantes ; urates et acide urique en plus grande quantité. La numération des globules donne 2,239,000.

4 heures du soir. T. 37.

14 août. Le forces ne reviennent que lentement, se plaint de mal à la tête et dans les jambes, se trouve toujours faible. Hier a eu une légère diarrhée bilieuse.

15 et 16 août. Accès de fièvre, malgré la quinine qui a été continuée tous les jours.

21 août. Accès de fièvre, sans frisson, avec chaleur et sueurs, et ayant duré de 5 heures du soir à minuit.

25 août. Éprouve encore un accès de fièvre.

Sort de l'hôpital, le 26 août. Après sa sortie, se sent encore fatigué pendant près d'un mois et enfin la santé revient définitivement.

Cette observation a été recueillie par moi, à mon premier séjour et dès mon arrivée au Maroni. — Je dois dire que la question de la maladie régnante dans la localité n'était pas encore vidée. Depuis quatre ans, ce pays était soumis à une influence épidémique et contagieuse, mais le diagnostic avait varié suivant les époques et suivant les observateurs. Aussi, pour ne pas engager l'opinion que je devais émettre plus tard, j'appelais les cas analogues à celui que je viens de relater du nom de fièvre continue.

Cette observation, telle qu'elle est, n'a qu'une importance relative. Seule, elle signifie peu, mais groupée à côté d'autres faits moins discutables, elle peut constituer un échelon très utile à saisir. Elle offre, telle quelle est, plus d'un enseignement. — Nous voyons la maladie évoluer, malgré l'administration de la quinine; la défervescence ne se fait que lentement et sans se soucier, pour ainsi dire, de l'antipérodique. On voit aussi survenir en peu de jours une déglobulisation rapide; aussi il n'est pas étonnant que ces atteintes légères affaiblissent l'organisme et le maintiennent assez longtemps sous leur influence.

Je crois utile de rapprocher de celle-ci une autre observation recueillie dans le service du médecin en chef, à Cayenne, pendant l'épidémie de fièvre jaune de 1877.

### Observation II.

*Fièvre inflammatoire au premier degré, appelée fièvre jaune légère, en temps d'épidémie.*

Pastureau, âgé de 21 ans, du département de la Sarthe. Ouvrier d'artillerie. Arrivé dans la colonie en octobre 1876.

Entré à l'hôpital de Cayenne, le 8 mars 1877.

Le 7 mars, à 8 heures du matin, il fut pris tout à coup d'un frisson violent et prolongé, avec céphalalgie, rachialgie, douleur dans les jambes et fièvre intense. Cet état dura jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Le 8, dans l'après-midi, on constate les mêmes symptômes; les téguments de la face sont congestionnés; la peau est sèche et chaude; le malade n'a pas eu de moiteur depuis le début de l'affection. Rien dans le thorax, ni dans l'abdomen. La langue est large, étalée, saburrale; les selles sont rares; la miction se fait bien, mais l'urine est légèrement albumineuse.

*Prescription :* Bouillon, thé punché, compresses froides sur la tête, frictions avec teinture d'uxham et quinine; saignée de 250 gr., grand bain.

4 heures du soir. T. 40,7 pouls à 120.

9 mars. Les symptômes signalés hier existent tous, mais moins intenses. T. 39,8; pouls à 100.

*Prescription :* Consommé, thé léger. Glace, compresses glacées.

2/4 lavement { décoction de quinquina 125 gr. / acide phénique 2 gouttes.

4 heures du soir. T. 40,2; pouls à 92.

Même état. 2 selles dans la journée; il a émis 200 gr. d'urine albumineuse, sans bile, donnant 19 gr. 11 d'urée par litre.

10 mars. 8 heures du matin. T. 38,9; pouls à 72.

Plus de céphalalgie, ni de rachialgie, pas de nausées, pas de selles, 940 gr. d'urine, sans bile, mais contenant plus d'albumine.

Même prescription; lavement huileux.

4 heures du soir. T. 39,3; pouls à 80.

330 gr. d'urine. Urée 21 gr. 85 en 24 heures.

11 mars. 8 heures du matin. T. 37,8; pouls à 60.

La nuit a été bonne; le malade a bien reposé. 2 selles. 930 gr. d'urine albumineuse, sans bile et donnant 21 gr. 35 d'urée par litre.

4 heures du soir. T. 37,8; pouls à 60.

Même état. Urée 26 gr. 90 en 24 heures.

12 mars. 8 heures du matin. T. 37,8; pouls à 60.

La nuit à été bonne; le malade est bien. 2 selles. 650 gr. d'urine claire, fortement albumineuse et sans bile.

*Prescription :* Demi-quart de vin, thé, eau gazeuse, sulfate de quinine 0,50 cent., friction vinaigrée.

4 heures du soir. T. 37,3; pouls à 60. Même état, urée 13 gr. 87 en 24 heures.

13 mars. Le malade est très bien. 1370 gr. d'urine. T. 37,4; pouls à 52.

Soir. T. 37,8; pouls à 60. Pas de selles. Urée 29 gr. 25 en 24 heures.

14 mars. Même état. 845 gr. d'urine, sans bile, légèrement albumineuse. T. 37,6; pouls à 60.

Soir 37,7; pouls à 60. Urée 18 gr. 04 en 24 heures.

15 mars. 565 gr. d'urine, sans albumine, ni bile et donnant 18 gr. 20 d'urée par litre. T. 38; pouls à 56.

Soir. T. 37,6; pouls à 60. Urée 10 gr. 28 en 24 heures.

16 mars. Même état. Urines normales. T. 37,4; pouls à 56.

La quinine est supprimée le 20.

Sort guéri le 30 mars 1877.

En temps ordinaire, il aurait été difficile d'en faire un cas

de fièvre jaune et on l'aurait décoré du nom fièvre gastrique ou de tout autre nom plus ou moins vague.

---

Voici maintenant deux observations de fièvre dite gastrique recueillies dans le service de M. le médecin en chef à Cayenne.

### Observation III.

*Fièvre inflammatoire au premier degré, appelée fièvre gastrique.*

Haal, âgé de 24 ans, né en Corse, caporal d'infanterie de marine, 2 mois de Guyane.

A eu la dysentérie en passant à la Martinique.

Depuis son arrivée, santé bonne.

Le 7 mai 1878 au matin fut pris, sans cause bien appréciable, de frissons, de céphalalgie, avec courbature et nausées, sans vomissements; cet état était accompagné d'une chaleur assez forte, sans sueurs.

Envoyé immédiatement à l'hôpital, on constate l'état suivant : la face est rouge, la peau est sèche et chaude, la céphalalgie et la courbature persistent, la langue est recouverte d'un enduit blanc, les selles sont régulières, rien dans le thorax, ni dans l'abdomen.

4 heures du soir. T. 39,6 ; pouls à 112.

*Prescription :* Limonade, lavement purgatif.

Lavement { quinine 1 gr. 50.
décoction de quinquina 200 gr. sulfate de soude 30 gr.

8 mai. 8 heures du matin. T. 39,1 ; pouls à 96.

*Prescription :* Limonade, lotions froides, lavement purgatif.

4 heures du soir. T. 39,5; pouls à 92. Légère amélioration. Pas de transpiration.

9 mai. 8 heures du matin. T. 38 ; pouls à 80.

*Prescription :* Limonade, eau de sedlitz, deux verres.

Transpiration assez abondante dans la nuit, la céphalalgie persiste, ainsi que la courbature, insommie, langue saburrale, quelques nausées, pas de selles depuis le 8 au soir. Rien du côté du foie, la rate ne paraît pas augmentée de volume.

4 heures du soir. T. 37,6 ; pouls à 68. Légère amélioration, plusieurs selles dans la journée, peau sèche, mais moins chaude, la langue se nettoie un peu.

10 mai. Le malade a dormi, mais se plaint de céphalalgie, peau chaude et moite, plusieurs selles dans la nuit. T. 38,4 pouls à 80.

*Prescription :* Limonade, ipéca, quinine 1 gr.

4 heures du soir. T. 37,8 ; pouls à 60. Le malade est bien.

11 mai. Matin. T. 37,6 ; pouls à 64. Même état.

*Prescription :* Soupe, biscuit, limonade.

Deux paquets { rhubarbe 0,50 cent.
magnésie 0,50 —

Ces fièvres, dites gastriques, peuvent être facilement confondues, par leur bénignité, avec l'embarras gastrique fébrile. — Quand on songe cependant à l'ensemble de certains caractères dont la description ne peut pas donner une idée complète et que l'on voit la physionomie du malade qu'il faut absolument observer soi-même pour en avoir une notion bien nette ; quand on songe aussi à l'état d'anémie et de cachexie dans lequel vous jettent souvent ces états, si légers qu'ils paraissent, il est permis de les rapprocher de la maladie dont je m'occupe.

### Observation IV.

*Fièvre dite gastrique.*

Falquet, soldat d'infanterie de marine, 5 mois de Guyane. N'a jamais été malade.

Le 8 juin 1878, vers 6 heures du soir, il fut pris subitement de céphalalgie, avec chaleur ardente à la peau et courbature générale ; on l'envoie immédiatement à l'hôpital.

A son entrée, la face est un peu pâle, le malade est fortement excité. La peau est chaude et sèche ; le pouls assez dur, la langue est belle, les selles sont régulières. Rien dans le thorax ni dans l'abdomen.

*Prescription :* Limonade, 20 sangsues aux mastoïdes, lavement purgatif, sulfate sodique 40 gr.

Soir. T. 39,4 ; pouls à 90.

9 juin. Même état. Excitation moins prononcée, céphalalgie intense, pas de sudation. 8 heures. T. 39,6 ; pouls à 82.

*Prescription :* Limonade, huile de ricin 40 gr., glace, lotions fraîches sur le corps, lavement purgatif.

Soir. T. 39,2 ; pouls à 80.

Le malade est mieux, légère sudation, 4 selles

10 juin. Le malade est assez bien, transpiration légère dans la nuit, trois selles, plus de céphalalgie. Matin T. 37,8 ; pouls à 58.

*Prescription :* Soupe, limonade.

Soir. T. 37,2 ; pouls à 56.

11 juin. q. q. limonade. T. 37,1 ; pouls à 58.
Exeat, le 18 juin.

Les deux observations qui précèdent ont été prises en temps ordinaire, c'est-à-dire hors de la période d'épidémie.

### 2° FORME INSIDIEUSE.

Le nom de forme insidieuse implique de prime abord que l'on a affaire à une atteinte dont l'évolution présente plus d'obscurité et d'imprévu. La maladie, au lieu de débuter brusquement, comme dans la forme franche, présente des hésitations, elle semble chercher s'il y a prise sur l'organisme qu'elle a choisi et c'est particulièrement chez les personnes qui ont eu déjà des atteintes antérieures ou qui se trouvent dans le pays depuis longtemps, qu'elle procède de la sorte.

Pour ce premier degré, elle peut s'annoncer par ces indispositions sur lesquelles nous avons particulièrement insisté; ou bien encore c'est tout simplement par des bouffées de chaleur avec constriction des tempes et des élancements rapides et fugitifs en divers points de la tête qu'elle se manifeste.

La marche de la température est moins régulière; il y a des rémissions plus accusées dès le second jour. La transpiration s'établit plus vite et par intervalles; on est surpris, dans une même journée, de constater plusieurs fois, alternativement de la sécheresse et de la moiteur de la peau.

La défervescence se fait aussi moins régulièrement et est entrecoupée d'exacerbations et de rémissions assez marquées.

### OBSERVATION V.

*Fièvre inflammatoire au degré léger, à forme insidieuse, en temps ordinaire, au Maroni.*

Bonnet, soldat d'infanterie de marine, âgé de 24 ans, né dans le département de Saône-et-Loire; 18 mois de Guyane; dit avoir eu la fièvre pendant cinq jours aux Iles-du-Salut, pendant l'épidémie de fièvre jaune de 1877.

A Cayenne, n'a jamais eu la fièvre et n'a pas eu un seul jour d'exemption de service.

Arrive au Maroni le 11 août 1878. Il dit qu'en partant de Cayenne, il se sentait fatigué et pouvait à peine se tenir sur les jambes.

Le 16 août, étant de garde au port, éprouve un peu de fièvre, sans frisson ; a eu une faiblesse en rentrant au poste.

Le 17, se sentait très fatigué ; sans éprouver de fièvre. Dans la nuit du 17 au 18, n'a pas pu dormir ; a eu des frissons toute la nuit. Violent mal de tête, douleur dans les reins et les jambes. Peau sèche, nausées.

Le 18 août, entre à l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni. A son entrée, facies bistre, fatigué ; céphalalgie très forte. Conjonctives injectées. Langue assez belle ; envies de vomir. Un peu de liséré gingival ; pas d'érythème scrotal ; selles régulières. Urines jaunes, ne donnant rien avec l'acide azotique. 8 heures du matin. T. 40,4 ; pouls à 120. *Prescription :* Bouillon, feuilles d'oranger, sulfate de magnésie 45 gr. ; décoction de quinquina 200 gr. 4 heures du soir. T. 37,8 ; a eu deux selles, se plaint de douleurs dans les jambes et dans les reins.

19 août. 8 heures du matin. T. 37 ; pouls à 64. La fièvre a cessé sans sueurs. Se trouve assez bien ; facies fatigué, jaunâtre, trois selles dans la nuit. A uriné un litre environ en 24 heures ; les urines sont jaunes et ne donnent rien avec l'acide azotique. *Prescription :* Bouillon ; limonade tartarisée à 20 gr., décoction de quinquina 200. ; rhubarbe 0,50. 4 heures du soir. T. 37,7 ; pouls à 74, se trouve bien, n'a rien éprouvé dans la journée.

20 août. 8 heures du soir. N'a pas dormi de la nuit. Vers 11 heures du soir, a éprouvé des frissons dans tout le corps et n'a senti de la chaleur que vers 2 heures du matin. Le facies est jaune, se plaint d'une forte céphalalgie et d'un grand mal de reins. A transpiré légèrement. A uriné environ 600 gr. ; les urines donnent avec l'acide azotique un anneau blanchâtre assez marqué (anneau de Vidaillet) ; il existe 15 gr. 96 d'urée par litre. T. 41 ; pouls à 116. *Prescription :* Bouillon ; feuilles d'oranger ; ipéca 1 gr. 50 ; 4 ventouses ; potion avec extrait de quinquina 2 gr. et noix vomique 10 gouttes ; sulfate de quinine 0,50 centig. 4 heures du soir. T. 37,1 ; pouls à 80. A vomi beaucoup de matières bilieuses jaunâtres ; a un peu transpiré ; sent toujours une grande chaleur, 2 selles.

21 août. A bien dormi ; la langue est belle, léger liséré gingival ; 2 selles dans la nuit ; 600 gr. environ d'urine dans les 24 heures ; urée 14 gr. 25 par litre. A éprouvé quelques bourdonnements d'oreille avec 0,50 centig. de quinine. T. 37 ; pouls à 72. *Prescription :* Bouillon ; feuilles d'oranger ; quinine 0,50 centig. ; potion tonique ; rhubarbe 1 gr. 4 heures du soir. T. 39 ; pouls à 88. La facies est jaune, ainsi que les conjonctives ; la langue est assez belle. A eu des étourdissements et des bourdonnements d'oreille ; a éprouvé de la chaleur dans tout le corps. Éruption de bourbouilles sur la poitrine.

22 août. Facies jaunâtre ; teinte subictérique des conjonctives, la langue est nettoyée, le liséré n'existe plus. Les urines sont rouges et ne donnent rien avec l'acide ; 800 gr. depuis hier matin, urée 11 gr. 97 par litre. T. 37,1 ;

pouls à 60. *Prescription :* Feuilles d'oranger, rhubarbe 0,50 centig., potion tonique. 4 heures du soir. T. 37 ; pouls à 68.

23 août. Facies plus clair ; langue belle. A uriné un litre en 24 heures ; urée 15 gr. 96 par litre ; anneau brunâtre dans les urines avec l'acide. Même prescription ; douche. 4 heures du soir. T. 36,5 ; pouls à 52.

24 août. 8 heures du matin. T. 36,6 ; pouls à 48. Les urines sont encore un peu jaunes ; urine un litre environ, urée 11 gr. 40 par litre ; anneau bleuâtre se formant lentement avec l'acide. *Prescription :* Ch. ; quart, demie de vin ; potion tonique. 4 heures du soir. T. 36,8 ; pouls à 48.

25 août. 8 heures du matin. T. 36,8 ; pouls à 56. A uriné 1200 gr. ; urines pâles, urée 3 gr. 43 par litre. 4 heures du soir. T. 36,8 ; pouls à 64. Ce soir, les urines donnent 8 gr. 55 d'urée par litre.

26 août. 8 heures du matin. T. 39,8 ; pouls à 56. Peau froide. Urines très pâles, 1,200 gr., urée 7 gr. 41 par litre. 4 heures du soir. T. 36,6 ; pouls à 64. Ce soir les urines contiennent 12 gr. 54 d'urée par litre.

27 août. 8 heures du matin. T. 36,6 ; pouls à 52. Les urines contiennent 8 gr. 55 d'urée. 4 heures du soir. T. 37 ; pouls à 64.

28 août. 8 heures du matin. T. 36,8 ; pouls à 52. Urine un litre environ par 24 heures ; urée 11 gr. 97 par litre, 4 heures du soir. T. 36,8 ; pouls à 80.

29 août. 8 heures du matin. T. 36,8 ; pouls 64. Urée 7 gr. 98 par litre. 4 heures du soir. T. 37 ; pouls à 78.

30 août. 8 heures du matin. T. 37 ; pouls à 68. Urines jaunes pâles ; un litre et demi ; urée, 9 gr. 10 par litre. 4 heures du soir. T. 37,2 ; pouls à 64.

31 août. T. 37 ; pouls à 56. Un litre et demi environ d'urines plus pâles que l'eau ; urée 4 gr. 56 par litre, 4 heures du soir. T. 37 ; pouls à 64.

1er septembre. 8 heures du matin. T. 37 ; pouls à 52. Les urines sont un peu plus colorées ; un litre environ ; urée 9 gr. 12. 4 heures du soir. T. 37 ; pouls à 64.

2 septembre. 8 heures du matin. T. 37 ; pouls à 64. Urée 6 gr. 84. 4 heures du soir. T. 37,2 ; pouls à 64.

3 septembre. 8 heures du matin. T. 36,6 ; pouls à 52. Urée 3 gr. 90. 4 heures du soir. T. 36,8 ; pouls à 72.

4 septembre. 8 heures du matin, T. 37 ; pouls à 60. Urines très pâles ; deux litres environ ; urée 2 gr. 85 par litre. 4 heures du soir. T. 36,8 ; pouls à 56.

5 septembre. 8 heures du matin. T. 37 ; pouls à 52. Urée 10 gr. 26 par litre. 4 heures du soir. T. 37 ; pouls à 60.

6 septembre. 8 heures du matin. T. 36,8 ; pouls à 60. Urine 2 litres ; urée 9 gr. 10 par litre. Facies un peu pâle ; conjonctives très légèrement

jaunes. Ressent encore un peu de faiblesse dans les jambes. 4 heures du soir. T. 37; pouls à 60.

7 septembre. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 80. Urines jaunes pâles, 2 litres; urée 7 gr. 41 par litre. 4 heures du soir. T. 36,8; pouls à 64.

8 septembre. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 80. Urée 9 gr. 12 par litre. 4 heures du soir. T. 37,4; pouls à 60.

9 septembre. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 72. Urée 6 gr. 84 par litre. 4 heures du soir. T. 37,4.

Sort guéri, le 10 septembre 1878.

La marche de cette affection n'est point celle d'une fièvre continue; mais nous discuterons plus loin si la fièvre inflammatoire peut se présenter sous la forme rémittente et intermittente. Ce que je veux faire ressortir, c'est qu'il n'a été administré qu'un seul gramme de quinine en deux doses et à deux jours de distance qui a produit des bourdonnements d'oreille. De plus, la marche de l'urée est assez remarquable et n'est pas en rapport avec celle des fièvres paludéennes.

## Observation VI.

*Fièvre inflammatoire légère, à forme insidieuse en temps ordinaire, au Maroni.*

Double, soldat d'infanterie de marine, âgé de 24 ans, du département de la Haute-Savoie. 18 mois de Guyane. Cet homme faisait partie de la compagnie d'infanterie de marine qui avait été placée aux Iles-du-Salut, dès son arrivée et qui a été décimée par la fièvre jaune. Pendant cette épidémie, il avait fait 17 jours d'hôpital aux Iles, au mois de mai; avait présenté un peu de saignement du nez et des gencives. Au mois de septembre, sans avoir quitté les Iles-du-Salut; il entre de nouveau à l'hôpital où il reste 20 jours, présentant la fièvre tous les jours, pendant 15 jours; il n'avait jamais eu de fièvres intermittentes ni d'autres maladies avant de venir à la Guyane.

A sa première entrée, on avait remarqué de l'érythème du scrotum; on n'avait rien noté la seconde fois.

En quittant les Iles, il est allé en garnison à Cayene où il n'a jamais eu de fièvre.

Arrivé au Maroni, le 11 août 1878.

Le 21 août, il s'est senti indisposé.

Le 22, au matin, en descendant la garde du port, a éprouvé un frisson, avec céphalalgie; n'a pas pu manger. A son entrée à l'hôpital, la langue est

belle ; les conjonctives sont jaunes; pas de liseré, pas d'érythème. Midi. T. 40,4. 4 heures du soir. T. 38,8. *Prescription :* Feuilles d'oranger; sulfate de magnésie 45 gr.

23 août. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 80. A mouillé trois chemises dans la nuit. A uriné environ un litre et demi depuis hier; a eu six ou sept selles. *Prescription :* Ch. quart; demie de vin; feuilles d'oranger; décoction de quinquina 200 gr.; douche.

Midi. T. 40,8. 4 heures du soir. T. 39,8; pouls à 100, moins dépressible. Vers 10 heures du matin, étant dans son lit, a éprouvé des frissons dans tout le corps pendant trois quarts d'heure; chaleur et sueurs; a mouillé trois chemises. Courbature générale; céphalalgie; conjonctives un peu jaunes : langue blanc-jaunâtre. A eu deux selles depuis ce matin. Ipéca 1 gr. 50 pour demain matin.

24 août. 7 heures du matin. T. 37,2. A 8 heures, au moment de la visite, est pris de frissons. La face est bistrée; les yeux sont gros et jaunes; la langue belle; le liseré gingival peu marqué. N'a pas beaucoup vomi de bile avec l'ipéca. T. 40,4; pouls à 100, mou et dépressible. *Prescription :* Bouillon ; feuilles d'oranger; sulfate de magnésie à 30 gr.; quinine 0,50; douche.

Midi. T. 38,8. 4. heures du soir. T. 38,6; pouls à 96. Les urines de ce matin étaient d'un jaune-rouge très léger; anneau blanchâtre avec l'acide azotique. Urée 13 gr. 68 par litre.

25 août. 8 heure du matin. T. 37; pouls 72. La face est encore bistrée; conjonctives un peu jaunes. Urines légèrement rouges; urée 15 gr. 96 par litre. *Prescription :* Chocolat; demi-quart; demie de vin; vineuse, décoction de quinquina; douche.

4 heures du soir. T. 37,2; pouls à 84.

26 août. 8 heures du matin. T. 36,8; pouls à 68. Urines jaunes; un litre en 24 heures; urée 17 gr. 10. *Prescription :* Sulfate de magnésie, 30 gr.

4 heures du soir. T. 37; pouls à 84, mou, dépressible.

27 août. 8 heures du matin. T. 36,4; pouls à 64. Urines pâles; urée 9 gr. 12 par litre. 4 heures du soir. T. 36,8; pouls à 76.

28 août. 8 heures du matin. T. 36,8; pouls à 64. Urines pâles; un litre en 24 heures; urée 11 gr. 40. 4 heures du soir. T. 36,8; pouls à 80.

29 août. 8 heures du matin. T. 36,8; pouls à 68. Urée 12 gr. 54 dans les urines. 4 heures du soir. T. 37; pouls à 76.

30 août. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 60. Urines pâles; un litre et demi; urée 9 gr. 12. 4 heures du soir. T. 37; pouls à 80.

31 août. 8 heures du matin. T. 36,8; pouls à 76. 4 heures du soir. T. 37,2; pouls à 100.

1er septembre. 8 heures du matin. T. 36,8; pouls à 56. 4 heures du soir. T. 37; pouls à 84.

2 septembre. 8 heures du matin. T. 36,8; pouls à 80.

Ce malade sort de l'hôpital le 3 septembre; il reprend son service, et le 7, il éprouve un léger accès de fièvre.

Le 9 entre de nouveau à l'hôpital. Midi. T. 41. 4 heures du soir. T. 39,6; pouls à 96. 8 heures du soir. T. 37,4. *Prescription :* Sulfate de magnésie 45 gr.

10 septembre. 8 heures du matin. T. 36,8; pouls à 64. Les urines ne contiennent que 4 gr. 56 d'urée. Midi. T. 38,2. 4 heures du soir. T. 38,8; pouls à 84. N'a pas éprouvé de frissons; a ressenti de la chaleur dans tout le corps, sans transpiration; dix selles depuis le purgatif qu'il a pris hier soir. 8 heures du soir. T. 37.

11 septembre. 8 heures du matin. T. 40,4; pouls à 106. A bien dormi la nuit; a eu un frisson ce matin; chaleur dans tout le corps; peau chaude et sèche; facies jaune. *Prescription :* Feuilles d'oranger. Liqueur de Pearson, 3 gouttes; rhubarbe 1 gr.; potion acétate d'ammoniaque 10 gr.; potion avec décoction de quinquina 200 gr.; et noix vomique 10 gouttes; vin de Bordeaux 100 gr.

Midi. T. 39. 4 heures du soir. T. 36,8.

13 septembre, 8 heures du matin. T. 36,8. *Prescription :* Chocolat, quart, demie de vin; potions, ut suprà.

4 heures du soir. T. 37.

14 septembre. 8 heures du matin. T. 36,8. 4 heures du soir T. 37.

15 septembre. 8 heures du matin. T. 36,8. 4 heures du soir. T. 36,8.

16 septembre. 8 heures du matin. T. 36,8. 4 heures du soir. T. 37.

17 septembre. 8 heures du matin. T. 36,8. Urines 1200 à 1500 gr. en 24 heures et urée 13 gr. 68 par litre. 4 heures du soir à 37.

18 septembre. 8 heures du matin. T. 36,8; pouls à 68. 4 heures du soir T. 37.

19 septembre. 8 heures du matin. T. 36,6. 4 heures du soir. T. 37.

20 septembre. 8 heures du matin. T. 36,6. 4 heures du soir. T. 37.

21 septembre. 8 heures du matin. T. 36,6.

Sort définitivement le 21 septembre, et cet homme n'a plus reparu à l'hôpital depuis cette époque.

Voilà un homme qui arrive directement de France, pour être mis en garnison aux Iles-du-Salut, que l'on ne peut pas accuser de contenir de marais. Il contracte la fièvre jaune, dont il guérit facilement; quelques mois plus tard il entre de nouveau à l'hôpital des Iles, en présentant de véritables accès de fièvre. Il faut admettre que la fièvre intermittente règne aux Iles-du-Salut ou bien que la fièvre jaune avait laissé dans cet organisme une empreinte qui s'est manifestée plus tard sous forme de fièvre irrégulière; la pyrexie n'est, dans ce cas, que la lutte de l'or-

ganisme pour débarrasser l'économie de l'épine qui reste encore. A ce propos, je dois dire que mon ami, le docteur Lemoyne, qui était à ce moment-là chef du service de santé aux Iles, a été très surpris de voir se manifester, quelques mois plus tard, sur les hommes qui avaient eu la fièvre jaune une véritable épidémie de fièvres, soit continues, soit rémittentes ou intermittentes, mais guérissant facilement, qu'il ne savait au juste à quoi rapporter; il aurait été cependant disposé à ne voir là qu'une fièvre inflammatoire, s'il eût été habitué à l'idée que cette fièvre peut atteindre ceux qui ont eu la fièvre jaune; la plupart des hommes qu'il a eus à traiter présentaient l'érythème scrotum. En tous les cas, cet homme n'a jamais habité de pays paludéen et présente des accès de fièvre intermittente sur un rocher qui n'est pas marécageux. Quant à l'atteinte qu'il a présentée au Maroni, elle est de même ordre; c'est une fièvre qui dure trois jours, mais en présentant des rémissions tellement marquées qu'elle est prise pour une fièvre intermittente. Il est repris de nouveau après sa sortie de l'hôpital, et c'est toujours sous la même forme qu'elle se présente; trois jours de fièvre et tout disparaît, sans quinine.

L'urée est ici encore un indice précieux. Loin d'augmenter au moment où la fièvre existe, quand les combustions doivent être plus grandes, elle se tient toujours à un niveau bien au-dessous de la normale. Au moment de sa seconde entrée, pendant les jours de fièvre, on constatait à peine 4 gr. d'urée par litre, signe bien évident que les fonctions n'avaient pas repris leur cours normal et que les oxydations ne se faisaient pas régulièrement. Tout rentre dans l'ordre et la fièvre disparaît pour ne plus revenir, quand l'urée se rapproche de son chiffre normal.

Les deux cas que je viens de relater ont été pris parmi les plus douteux, pour que je ne sois pas accusé de ne rechercher que les faits qui peuvent me donner raison, et pour que la discussion soit ouverte sur la question de savoir si la fièvre inflammatoire peut se présenter sous une ou plusieurs formes.

### DEUXIÈME DEGRÉ. — FIÈVRE INFLAMMATOIRE DE MOYENNE INTENSITÉ.

Le deuxième degré n'est pas seulement une indisposition, c'est une véritable maladie qui souvent n'est pas dangereuse

par elle-même, mais qui peut entraîner des accidents par les complications qui surviennent fréquemment pendant la convalescence. L'organisme a été fortement impressionné, et si la maladie n'est pas longue, l'empreinte est encore assez profonde pour qu'on ait besoin de surveiller pendant longtemps l'état du malade.

On aperçoit moins souvent que dans le premier degré des symptômes précurseurs et la maladie débute tout à coup, soit par des horripilations suivies de sueurs, soit par la sueur elle-même.

Le sommeil est troublé, interrompu, léger, ou accompagné de rêves fatigants ; il y a une disposition à l'ennui et à la tristesse. Les yeux sont faiblement injectés et brillants; la face est animée ; la langue humide et blanchâtre, avec ou sans nausées.

Ici, comme dans le premier degré, nous devons étudier deux formes, l'une franche, l'autre insidieuse.

### 1° FORME FRANCHE.

C'est principalement dans cette forme qu'on observe, avec des caractères bien tranchés, deux périodes distinctes : l'une fébrile ou pyrétique, au début de laquelle on voit l'atteinte se développer comme un orage qui éclate ; l'autre, apyrétique, d'une durée indéterminée, c'est la période de défervescence, pendant laquelle l'organisme se remet peu à peu du coup qu'il a reçu et la convalescence s'établit librement, mais lentement, quand rien ne vient l'entraver.

C'est d'abord la céphalalgie qui se manifeste et qui va en augmentant, à mesure que la période de chaleur se déroule ; puis le frisson et enfin la fièvre, accompagnée de symptômes congestifs, rougeur de la face et de certaines parties du corps, anorexie, nausées et constipation.

La détente se produit au commencement de la deuxième période, qui est principalement caractérisée par une teinte jaune-pâle spéciale des conjonctives de la face et un affaissement presque général du sujet. On sent que l'organisme a été profondément secoué et qu'il ne peut se remettre d'un coup de son ébranlement.

Aussi les terminaisons diffèrent sensiblement. Quelques malades restent plus ou moins affaiblis; chez d'autres, suivant

que l'organisme a été plus ou moins atteint dans ses forces vives, la convalescence tarde plus ou moins à s'affermir, on dirait dans ces cas qu'il y a une sorte d'hésitation de la maladie.

### Observation VII.

*Fièvre inflammatoire de moyenne intensité, en temps d'épidémie de fièvre jaune, au Maroni.*

Louis Bonnet, agé de 8 ans. Cet enfant n'a jamais été malade, mais a perdu il y a 3 semaines sa mère, femme de surveillant militaire, ayant succombé avec des symptômes de fièvre jaune.

Le 22 septembre 1877 au matin, il fut pris brusquement de fièvre avec mal de tête, injection des conjonctives et faiblesse dans les jambes. Il entre de suite à l'hôpital. Midi. T. 40,2. 4 heures du soir. T. 39,8; pouls à 120. A pris un looch qu'il a vomi une heure après l'avoir ingéré; n'a eu ni selles, ni urines dans la journée, se plaint de fortes douleurs aux reins et à la tête. Peau chaude et moite. 8 heures du soir. T. 38,6.

23 septembre. 8 heures du matin. T. 38,6; pouls à 120. Peau toujours brûlante, sèche, devenant moite par moments. Hier. vers 6 heures du soir, a eu une transpiration assez abondante; un peu d'agitation dans la nuit avec soubresauts. Langue légèrement sale; les yeux sont injectés; les pupilles dilatées; grandes inspirations par intervalles. Une selle dans la nuit, jaunâtre, demi-solide. Urines assez rares; n'a uriné qu'une fois depuis hier matin en allant à la selle. *Prescription :* Bouillon de poulet, lait, tisane albumineuse, manne 30 gr., quinine 0,50 cent.; potion avec aconit et digitale. Midi. T. 38,2. 4 heures du soir. T. 38; pouls à 110.

La numération des globules a donné ce matin 1,474,000. Les globules ne sont pas tous semblables; à côté des globules normaux, il s'en trouve de plus petits paraissant déformés.

Langue blanche, humide. Trois selles peu abondantes, grisâtres, fétides, demi-liquides.

Ce matin, les urines jaunâtres ont donné 27 gr. 02, d'urée par litre et 8 gr. 10 pour 300 gr. environ d'urine rendue depuis hier; pas d'albumine. 8 heures du soir. T. 37,9. Minuit. T. 37,8.

24 septembre. 4 heures du matin. T. 38,4. 8 heures du matin. T. 38,4; pouls à 100. Pas d'agitation dans la nuit; a assez bien dormi; yeux toujours injectés, pas de teinte jaune. Langue saburrale, blanchâtre; n'accuse aucune douleur.

Urée 18 gr. 80 par litre et 3 gr. 76 pour 200 gr. qu'il paraît avoir uriné depuis hier matin. La numération des globules donne 1,365,000; ils ne paraissent pas déformés comme hier, on ne voit plus de petits globules; le sang est rouge.

Midi. T. 39. 4 heures du soir. T. 39,1; pouls à 110.

Pas d'agitation; conjonctives toujours rouges; langue humide, saburrale; pas de vomissements. Deux selles liquides, plus brunâtres que hier, moins fétides, un peu mousseuses. L'urine est mélangée aux selles et sa quantité ne peut être évaluée. 8 heures du soir. T. 38,8.

25 septembre. 4 heures du matin. T. 37,8. 8 heures du matin. T. 37,8; pouls à 98, moins fréquent. L'enfant est tranquille et a bien dormi. Pas d'agitation; la langue est la même; les yeux sont rouges; un peu de blépharite depuis son entrée. Deux selles dans la nuit, liquides, brunâtres. Urines jaunes; urée 22 gr. 30 par litre; pas d'albumine; en oxygénan l'urochrône par l'acide azotique et la chaleur, on arrive à obtenir une couleur bien foncée des urines. *Prescription* : Bouillon de poulet; albumineuse; lait; manne 30 gr.; potion avec aconit et digitale; 1/4 de lavement avec décoction de quinquina 200, quinine 0,50, acide phénique deux gouttes.

Midi. T. 38,2. 4 heures du soir. T. 38 ; pouls à 100. Pas d'agitation; demande à manger; une selle liquide, grisâtre. 8 heures du soir. T. 38,4.

26 septembre. 4 heures du matin. T. 38. 8 heures du matin. T. 38 ; pouls à 90. Etat général très bon, pas la moindre agitation; peau toujours sèche; langue saburrale; selles un peu bilieuses. Urines jaunâtres, 400 gr. environ depuis hier matin; pas d'albumine; urée 14 gr. 90 par litre et 5 gr. 96 pour 400 gr. T. 37,9.

4 heures du soir. T. 38,5; pouls à 100. 8 heures du soir. T. 38.

27 septembre. 4 heures du matin. T. 37. 8 heures du matin. T. 37,2; pouls à 90. Nuit bonne; pas d'agitaton; transpiration abondante dans la soirée. Urines jaunâtres, légèrement plus colorées que hier; 300 gr. environ depuis hier matin; léger anneau d'uroérythrine avec l'acide; urée 21 gr. 60 par litre et 6 gr. 60 pour 300 gr.

Midi. T. 37,2. 4 heures du soir. T. 37,4; pouls à 90. La peau est fraîche; l'état général est bon. Calme parfait; n'accuse pas d'appétit. Une selle grisâtre, liquide. 8 heures du soir. T. 36,7.

28 septembre. 4 heures du matin. T. 36,7. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 80. Etat général très bon; langue belle; la conjonctivite a beaucoup diminué et laisse voir au-dessous une teinte jaune. *Prescription* : Chocolat. demi-quart léger; quart de vin, potion tonique.

Midi. T. 37,3. 4 heures du soir. T. 37,3; pouls à 60. Les urines de ce matin étaient très pâles; urée 14 gr. 89 par litre et 5 gr. 95 pour 400 gr environ. 5 heures du soir. T. 36,9.

29. septembre. 4 heures du matin. T. 37,2. 8 heures du matin. T. 37,2. pouls à 90. A eu hier vers 9 heures une abondante transpiration. Midi. T. 37,2. 4 heures du soir. T. 37,2; pouls à 90. Urines toujours très pâles en même quantité. Urée 13 gr. 90 par litre et 4 gr. 17 pour 300 gr.; ni bile ni albumine. Une grande quantité d'acide urique présentant de magnifiques

cristaux au microscope et offrant avec l'acide azotique étendu sur une plaque de porcelaine chauffée et traitée par l'ammoniaque une belle couleur de purpurate d'ammoniaque. L'acide urique se dépose en blanc au fond du verre, car les urines sont pâles et ne sont point tâchées par l'uroérythrine. A midi, l'urine fraîche, encore chaude, a été traitée au point de vue de l'urée et a donné 16 gr. 20 par litre. Le reste de l'urine a été traité par l'acide chlorhydrique pour permettre à l'acide urique de se déposer, pour en apprécier la quantité et la retrancher de la quantité d'urée obtenue. 8 heures du soir. T. 37.

30 septembre. 4 heures du matin. T. 37. 8 heures du matin. T. 37,2; pouls à 80.

Urines jaune-pâle; urée 16 gr. 20 par litre. Ce matin, on a cherché par le procédé d'Esbach, la quantité d'urée contenue dans l'urine où on avait laissé précipiter l'acide urique; il a été trouvé un demi-centimètre cube en moins; on avait agi sur 2cc d'urine, ce qui a donné 3 gr. 56 d'acide urique par litre.

Quatre ou cinq selles noirâtres, peu abondantes; langue humide et belle; les yeux sont beaucoup moins rouges et la teinte jaune des conjonctives est un peu plus visible. 4 heures du soir. T. 37,6. 8 heures du soir. T. 37; pouls à 80.

1er octobre. 4 heures du matin. T. 36,7. 8 heures du matin. T. 37,2; pouls à 80. Midi : T. 37,7. 4 heures du soir. T. 37,4 ; pouls à 90.

Urée 19 gr. 11 par litre et 5 gr. 73 pour 300 gr. d'urine qu'il rend à peu près par 24 heures. 8 heures du soir. T. 37.

2 octobre. 4 heures du matin. T. 37,6. 8 heures du matin. T. 37,4 ; pouls à 78. 4 heures du soir. T. 37,4 ; pouls à 80. 8 heures du soir. T. 36,8.

3 octobre. 4 heures du matin. T. 36,8. 8 heures du matin. T. 36,8; pouls à 80.

Ce matin, l'urée a été recherchée sur toute la quantité d'urine émise en 24 heures. Il y a eu 625 gr. d'urine qui ont donné 17 gr. 65 d'urée par litre et 9 gr. 97 pour 625 gr. 4 heures du soir. T. 37,4; pouls à 90.

Le mieux continue régulièrement et l'enfant sort tout à fait guéri le 15 octobre.

Ce cas est intéressant, surtout à cause de ses rapports de cause. Sa mère venait de mourir avec des vomissements noirs; son père était entré à l'hôpital pour une fièvre éphémère, mais assez violente, et cet enfant est atteint lui-même d'une fièvre subcontinue sur certains caractères de laquelle il faut insister.

On voit la continuité de la fièvre assez bien établie jusqu'au sixième jour ; la température a été prise, pour ainsi dire, toutes les quatre heures; il y a dans le tracé de légères rémissions,

mais il est impossible d'y voir le véritable caractère paludéen. La température oscille ensuite de plusieurs dizièmes aux environs de la limite normale, jusqu'à ce que la convalescence soit complète le treizième jour.

Ce qui domine dans cette observation, c'est l'atteinte profonde qui paraît avoir été portée à toutes les fonctions. Il est vrai que c'est un enfant de 8 ans, mais dès le troisième jour, au moment de la fièvre, on voit l'élimination de l'urée réduite à 3 gr. 76 en 24 heures; on la voit ensuite remonter lentement, à mesure que la convalescence s'établit et le douzième jour elle atteint le chiffre plus élevé de 9 gr. 97; à ce moment, les urines étaient pâles et tout à fait décolorées, ce qui mérite d'être noté, car nous retrouverons souvent le même fait. Il n'a pas été constaté le moindre trouble albumineux; l'acide urique a paru en proportion notable.

### Observation VIII.

*Fièvre inflammatoire de moyenne intensité, en temps d'épidémie de fièvre jaune, au Maroni.*

Delonnette, soldat d'infanterie de marine, 25 mois de Guyane. — N'a jamais été malade, — en garnison au Maroni depuis le mois d'avril 1877, se trouvait de planton à l'hôpital, quand un de ses camarades, le nommé Mauquier, qu'il allait voir souvent, a succombé à des symptômes de fièvre jaune.

Le 11 septembre, est pris de frissons, vers 3 heures du matin; s'est levé et a voulu faire son service, mais les frissons ont continué et se sont accompagnés de vomissements. Vers 9 heures, se sentant mal à l'aise, a pris 1 gr. de quinine; aussitôt il est pris d'une violente oppression avec agitation; violente céphalalgie, inquiétude générale; rachialgie; douleurs dans les jambes. *Prescription :* Chocolat, bouillon, feuilles d'oranger; sulfate de magnésie 40 gr.; frictions vinaigrées.

Midi. T. 40,8. A eu une transpiration abondante qui s'est continuée dans la soirée et la nuit; a mouillé 12 chemises; a vomi le purgatif, n'est pas allé à la selle; les yeux sont fortement injectés, les pupilles dilatées. 4 heures du soir. T. 40,8; pouls à 120. 8 heures du soir. T. 40,6; minuit. T. 40,4.

12 septembre, 4 heures du matin. T, 39. 8 heures du matin. T. 38,2. Le malade est toujours agité; langue blanche au centre; les yeux sont injectés; le mal de tête a diminué. Urines assez copieuses, pas d'albumine; urée 18 gr. 80 par litre. *Prescription* : Bouillon, albumineuse; potion,

quinine 1 gr., sirop diacode 30 gr.; looch, huile d'olive 150 gr., citron 50 grammes.

Midi. T. 38. 4 heures du soir. T. 37,6. Le mieux continue; urines jaunâtres; un peu d'albumine, une selle dure; a continué à transpirer. 8 heures du soir. T. 38,2. Minuit. T. 37.

13 septembre. 4 heures du matin. T. 37. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 78. Amélioration très sensible; le malade a dormi. Les yeux sont toujours injectés, les pupilles dilatées; la langue est légèrement sale; urines jaunâtres, albumine en petite quantité, urée 22 gr. 70 par litre et 17 gr. 50 pour 800 gr. qu'il a uriné. *Prescription :* Bouillon, quart de vin; albmineuse; potion : quinine 1 gr. 50, sirop diacode 30 gr.

Midi. T. 37,4. 4 heures du soir. T. 37. 8 heures du soir. T. 38. Minuit. T. 38,2.

14 septembre. 4 heures du matin. T. 38. 8 heures du matin. T. 38. Hier, à 4 heures du soir, a eu un peu d'agitation, a continué à mouiller 2 chemises et 2 dans la nuit. Ce matin, se trouve bien; langue moins sale. Les yeux sont légèrement jaunes et sensibles à la lumière; les pupilles sont toujours dilatées; le facies est encore animé; la partie antérieure du tronc est légèrement jaune. Les gencives présentent un lisérć. Se plaint de douleurs à la nuque et au-dessus des yeux, ainsi que dans le coude gauche.— Urines encore jaunes, 700 gr. environ depuis hier; pas d'albumine; urée 22 gr. 80 par litre et 15 gr. pour 700 gr. *Prescription* : Bouillon, demie de vin; albumineuse; potion: quinine 1 gr. 50, sirop diacode 30 gr.; looch: huile d'olive 30 gr., citron 20 gr.

Midi. T. 38,8. 4 heures du soir. T. 38,6; pouls à 90, plein, régulier. Se plaint de soif vive depuis le commencement de la maladie; hier a eu quelques nausées; langue humide, jaunâtre,; les yeux sont brillants et un peu jaunes; pupilles dilatées. Se plaint toujours de mal de tête; a eu 4 selles peu abondantes, fétides, de couleur ardoisée. 8 heures du soir. T. 39. Minuit T. 38,6.

15 septembre. 4 heures du matin. T. 37,6. 8 heures du matin. T. 37,2. Sueurs abondantes, a mouillé 4 chemises; plus de céphalalgie. — Urines 700 gr. pas d'albumine, urée 17 gr. 50 par litre et 12 gr. 25 pour 700 gr. *Prescription* : Chocolat, bouillon, potage; albumineuse; potion : quinine 2 gr. sirop diacode 30 gr. looch : huile d'olive 150 gr. jus de citron 50 gr.

Midi. T. 37,2. 4 heures du soir. T. 37. Le mieux se manifeste; pas de douleurs; la peau est bonne, mais pas de selles.

16 septembre. 4 heures du matin. T. 36,6. 8 heures du matin. T. 36,6; pouls à 65. Le mieux continue. — Un peu d'appétit; 2 selles jaunâtres dans la soirée d'hier. *Prescription* : Chocolat; quart, trois quarts de vin; albumineuse; potion : quinine 2 gr.

Midi. T. 36,6. 4 heures du soir. T. 36,6; pouls à 60. 8 heures du soir. T. 36,6. Minuit. T. 36,6.

17 septembre. 4 heures du matin. T. 35,6. 8 heures du matin. T. 36,6; pouls à 60. Le mieux continue; a bien dormi; 2 selles solides dans la journée d'hier; même prescription. Midi. T. 36,6. 4 heures du soir. T. 36,6.

18 septembre. 4 heures du matin. T. 46,6. 8 heures du matin. T. 36,6. Urines toujours jaunâtres, un litre depuis hier; urée, 16 gr. 20 par litre. 4 heures du soir. T. 36,8. 8 heures du soir. T. 37. Minuit. 36,8.

19 septembre. 8 heures du matin. T. 37. Se sent faible sur les jambes. Urines, 900; sulfate de soude 30 gr. Le 26, l'appétit commence à revenir. Sort guéri le 2 octobre.

Le début qui a été brusque et qui a eu lieu à l'hôpital même au moment où un de ses camarades mourait de fièvre jaune est digne de remarque. L'albumine apparaît dans les urines, le soir du deuxième jour, en faible quantité, et ne dure que deux jours. L'urée diminue aussi, mais dans des proportions assez faibles; mais c'est surtout dans la convalescence avancée qu'on aurait noté sa diminution, si elle avait été suivie.

Le type de la courbe est plutôt rémittent que continu, mais il n'y a là rien de surprenant, car c'est peut-être la véritable forme de la fièvre dont nous nous occupons, qui est une maladie essentiellement rémittente. Du reste, nous avons établi que la rémission du deuxième ou troisième jour était un fait presque général.

### Observation IX.

*Fièvre inflammatoire de moyenne intensité, en temps d'épidémie de fièvre jaune, au Maroni.*

Apaya, immigrant Hindou. — 2 ans de Guyane. Se trouve depuis 21 mois dans les placers du Maroni où il paraît n'avoir eu que quelques légers accès de fièvre. Entre à l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni, le 7 octobre 1877, pour se reposer. — Bonne constitution; paraît fort et vigoureux. Il reste plusieurs jours à l'hôpital, sans rien présenter de spécial, n'accusant point de fièvre et mangeant très bien; mais c'était à une époque où j'observais, dans les salles mêmes, des cas non douteux de fièvre jaune.

Le 14 octobre, il est pris subitement, la nuit, à 2 heures du matin, d'un accès de fièvre avec frisson. 8 heures du matin. T. 40. Peau chaude et sèche; se plaint de céphalalgie et de douleurs dans les reins, les jambes et l'estomac. *Prescription*: Chocolat, bouillon, albumineuse; potion : aconit et digitale; potion : quinine 1,50, sirop diacode 30 gr.

Midi. T. 39,8. 4 heures du soir. 40 ; pouls à 90. Langue sale et jaunâtre au centre, rouge sur les bords ; facies animé, pupilles dilatées. 8 heures du soir. T. 38.

15 octobre. 4 heures du matin. T. 37,2. 8 heures du matin. T. 37 ; pouls à 72. Urines très abondantes, près de 3 litres depuis hier matin. *Prescription* : Chocolat, quart, vineuse ; potion : aconit et digitale ; potion : quinine 1,50, sirop diacode 30 gr.

Midi. T. 37. 4 heures du soir. T. 37.

16 octobre. 8 heures du matin. T. 37,8. Midi. T. 40,4. 4 heures du soir. T. 39,9 ; pouls à 80, fort, plein, assez développé. Respiration à 32. Se plaint d'un grand mal de tête et surtout de céphalalgie sus-orbitaire, ressent des battements dans les globes oculaires ; les yeux sont injectés. La langue est blanche. Envies de vomir, douleurs à l'épigastre. Douleurs aux reins et aux jambes, selles grises, fétides. Pas d'albmine dans les urines. 8 heures du soir. T. 39.

17 octobre. 4 heures du matin. T. 38,8. 8 heures du matin. T. 38,6 ; pouls à 90, mou, dépressible. Respiration à 32, régulière. Selles abondantes dans la nuit sous l'influence d'un sulfate de magnésie administré hier soir. — Vertiges et éblouissements. Langue sale, blanche ; vomissements aqueux. Les yeux sont injectés et jaune. — Accuse de violentes douleurs dans les reins et les articulations. *Prescription* : Chocolat, demi-quart léger ; lait, albumineuse ; potion : quinine 1 gr. sirop diacode 30 gr. potion : extrait de quinquina 2 gr., noix vomique à 10 gouttes.

Midi. T. 38,6. 4 heures du soir. T. 38 ; pouls à 80 ; respiration à 28. Pas de vomissements ; moins de céphalalgie et d'épigastralgie ; moins d'agitation ; pas d'appétit ; selles grises et abondantes. 8 heures du soir. T. 39,2.

18 octobre. 4 heures du matin. T. 38,4. 8 heures du matin. T. 38,2 ; pouls à 80 ; respiration à 32. Se plaint de mal à l'estomac et dans les deux hypochondres ; mal dans les reins et dans toutes les articulations ; un peu de mal à la tête et aux yeux ; langue assez belle ; pas de vomissements. Urines 1500 gr., un peu d'albumine ; pas de bile. Même prescription. Midi. T. 40,4 ; 4 heures du soir. T. 40,2 ; pouls à 90 ; respiration à 28, grande agitation. — Langue jaunâtre, sèche, tremblottante ; soif très vive, pas de vomissements. Douleurs dans les hypochondres et dans toutes les jointures. 8 heures du soir. T. 40,2 ; minuit. T. 39,8.

19 octobre. 4 heures du matin. T. 39,6. 8 heures du matin. T. 39,4 ; pouls à 90 ; respiration à 28 ; beaucoup d'agitation et d'inquiétude ; mal à l'estomac et dans les membres ; pas de vomissements ; haleine fétide ; langue sale, jaunâtre ; 4 selles grises, liquides dans la nuit ; urines 1800 gr., un peu d'albumine ; même prescription. Midi. T. 39,6. 4 heures du soir. T. 39,6 ; pouls à 80 ; respiration à 24 ; un peu d'agitation. — Se plaint de l'estomac,

des reins et des jambes ; quelques nausées sans vomissements ; selles abondantes liquides, grises. 8 heures du soir. T. 39. Minuit. T. 38,4.

20 octobre. 4 heures du matin. T. 38. 8 heures. T. 37,2 ; pouls à 80 ; respiration à 22, calme, régulière ; teint légèrement jaune de la face et des conjonctives ; langue un peu sale et sèche. Se plaint de mal à l'estomac et de douleurs dans les mollets ; quelques nausées, pas de vomissements. S'est trouvé faible sur le vase ; une légère selle dans la nuit ; n'a pas dormi. Se plaint de bourdonnements d'oreille. Urines rouges, 700 gr., albumine un peu colorée ; urée 27 gr. par litre et 20 gr. 3 pour 700 gr. *Prescription :* Chocolat, bouillon, lait, albumineuse ; potion : aconit et digitale ; potion tonique ; manne 20 gr.

Midi. T. 37,2. 4 heures du soir. 37 ; pouls à 64. Vomissements verdâtres. Se plaint de mal à la tête et au ventre ; facies jaune ; les yeux sont très jaunes et les pupilles dilatées, a deux selles liquides, grisâtres. 8 heures du soir. T. 37.

21 octobre. 4 heures du matin. T. 37. 8 heures du matin. T. 36,8 ; pouls à 48. Peau froide ; mauvaise nuit ; a eu, pendant la nuit, une syncope, était froid ; vomissements glaireux et liquides. Se plaint de mal à l'estomac et dans les jointures. Les conjonctives sont très jaunes, les pupilles dilatées ; teinte jaune de la face, langue assez nette ; selles grises. Urines abondantes, un litre ; albumine en quantité notable. *Prescription* : Chocolat, bouillon, mineuse ; potion tonique ; lavement ; décoction de quinquina 150 gr., quinine 1 gr., acide phénique 2 gouttes.

Midi. T. 36,8. 4 heures du soir. T. 36,8 ; pouls à 56. Se trouve un peu mieux et un peu plus calme. Les yeux sont très jaunes ; la langue assez belle. Se plaint de douleurs dans l'hypochondre gauche et dans les jambes. 8 heures du soir. T. 36,8.

22 octobre. 4 heures du matin T. 36,6. 8 heures du matin. T. 36,6 ; pouls à 48. N'a pas dormi de la nuit ; langue belle ; teinte jaune de la face et des conjonctives. Douleurs à l'estomac. Se plaint de fortes douleurs dans les jointures. Peau froide ; selles abondantes. Urines jaunâtres, 750 gr. albumine ; urée 24 gr. par litre et 18 gr. 22 pour 750 gr. *Prescription* : Chocolat, lait, bouillon, albumineuse ; potion : aconit et digitale ; potion : extrait de quinquina 2 gr., noix vomique 10 gouttes ; lavement : décoction de quinquina 150 gr., quinine 1 gr., acide phénique 2 gouttes ; frictions vinaigrées.

Midi. T. 36,8. 4 heures du soir. T. 36,8 ; pouls à 48. La peau est froide, les yeux sont très jaunes. Se plaint toujours de douleurs dans les jambes et à l'estomac. Selles liquides et fétides. 8 heures du soir. T. 36,8.

23 octobre. 4 heures du matin. T. 36,8. 8 heures du matin. T. 36,6 ; pouls à 44 ; respiration à 20. A assez bien reposé. La face et les yeux sont jaunes. Langue assez belle. Pas de vomissements ; plus de mal à l'estomac.

Se plaint encore de douleurs dans les jambes. Selles abondantes, fétides et liquides. Urines 500 gr.; albumine; urée 26 gr. 90 par litre et 13 gr. 45 pour 500 gr. Midi. T. 36,8. 4 heures du soir. T. 36,8; pouls à 44. Etat satisfaisant; pas de vomissements; yeux très jaunes; peau froide. 8 heures du soir. T. 36,6. Minuit, T. 36,4.

24 octobre. 4 heures du matin. T. 36,4. 8 heures du matin. T. 36,4; pouls à 40. Amélioration sensible. La face et les yeux sont jaunes. Pas de vomissements. Selles molles et grises. Urines 500 gr. Anneau albumineux très légèrement coloré en vert. Urée 21 gr. 62 par litre et 10 gr. 81 pour 500 gr. Midi. T. 36,6. 4 heures du soir. 36,6; pouls à 40. Ne se plaint que de douleurs dans les jambes et les jointures. 2 selles. Urines moins abondantes. 8 beures du soir. T. 36.4. Minuit. T. 36,4.

25 octobre. 4 heures du matin. T. 36.4. 8 heures du matin. T. 36,6; pouls à 36. Se trouve bien; un peu d'assoupissement. A vomi ce matin. Une selle abondante. Urines 500 gr. depuis hier matin; albumine colorée; urée 17 gr. 50 par litre et 8 gr. 75 pour 500 gr. Midi T. 36,6. 4 heures du soir. T. 36,8; pouls à 40. Pas de vomissements; pas de selles; se plaint toujours de douleurs dans les jambes. 8 heures du soir. T. 36,8.

26 octobre. 4 heures du matin. 36,6. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 40. N'accuse plus aucune douleur; les yeux sont toujours jaunes; une selle ce matin; urines 700 grammes; plus d'albumine; urée 6 gr. 70 par litre et 4 gr. 69 pour 700 gr. *Prescription :* Chocolat; demi-quart; vineuse; potion tonique.

Midi. T. 36,6. 4 heures du soir. T. 36,6; pouls à 44. 8 heuresdu soir. T. 36,6.

27 octobre. 4 heures du matin. T. 36,8; pouls à 44. Se plaint encore de douleurs dans les jambes; face bistrée; les yeux sont encore jaunes, les pupilles toujours dilatées; a uriné un litre depuis hier matin; pas d'albumine dans les urines. Midi. T. 36,6. 4 heures du soir. T. 36,8; pouls à 44. 8 heures du soir. T. 37.

28 octobre. 4 heures du matin T. 36,8. 8 heures du matin, T. 36,8; pouls à 48. Les conjonctives sont moins jaunes, la face aussi; un peu de douleur dans les jambes; une selle; urines 1,500 gr. depuis hier matin; pas d albumine; urée 13,50 par litre et 20 gr. 25 pour 1,500 gr.

29 octobre. 4 heures du matin. T. 37. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 60. La peau est moins froide et a recouvré sa température normale. Les conjonctives sont moins jaunes; langue belle; a uriné un litre; pas d'albumine; urée 10 gr. 90 par litre. *Prescription :* Chocolat; demie de tout.

Midi. T. 37. 4 heures du soir. T. 37.

30 octobre. 8 heures du matin. T. 36,8; pouls à 50. La teinte jaune disparaît; ne se plaint plus de douleurs; une selle naturelle : 2 litres d'urines

depuis hier matin ; urée 10 gr, 80 par litre. 4 heures du soir. T. 37,2; pouls à 90.

31 octobre. 8 heures du matin. T. 36,4 ; pouls à 60. Peau froide; urines 1,500. 4 heures du soir, 37,2; pouls à 76,

1er novembre. 8 heures du matin, T. 36,8; pouls à 72. Un litre d'urines; une selle dure. 4 heures du soir. T. 37,2.

2 novembre. 8 heures du matin. T. 36,8; pouls à 64. Eprouve des démangeaisons sur tout le corps; une selle; urines 1,600 gr.; l'albumine qui avait disparu depuis plusieurs jours a reparu ce matin en notable quantité ; urée 16 gr. 20 par litre. 4 heures du soir. T. 37,2; pouls à 80.

3 novembre. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 60. Urines 1,500 gr.; l'albumine a disparu de nouveau ; urée 24 gr. 30 par litre et 35 gr. 45 pour 1,500 gr. Selles abondantes sous l'inflence d'un sulfate de magnésie administré hier soir. 4 heures du soir. T. 37,8; pouls à 88.

4 novembre. 8 heures du matin. T. 36,8 pouls à 76. 4 heures du soir. T. 37 ; pouls 80. Les urines ne contenaient plus trace d'albumine et représentaient 32 gr. 40 d'urée par litre. Cet homme sort guéri le 6 novembre.

Il serait intéressant de discuter un à un les phénomènes présentés par ce malade. La rémission a eu lieu le 2e jour et elle est complète. Cette rémission est constante et bien marquée dans bon nombre de cas qui évoluent normalement. Après cette rémission si caractéristique, la fièvre reprend de nouveau, malgré la quinine donnée à larges doses et continuée pendant plusieurs jours et la convalescence ne commence réellement que le 7e jour en présentant un refroidissement de la peau assez marqué et un ralentissement extraordinaire du pouls qui ne peut être attribué à l'ictère biliphéique qui manque dans la majorité des cas et qui a manqué dans le cas présent.

Une nouvelle preuve que tous les organes ne reprennent pas leurs fonctions dès que la défervescence commence, c'est que l'urée tombe à un chiffre minimum le 13e jour. Nous voyons, au contraire, l'urée augmenter le 21e jour et atteindre un chiffre assez élevé. Il y a à ce moment même menace de fièvre et les organes surexcités ont traduit l'exagération de leurs fonctions par une augmentation de l'urée. Il nous est difficile de décider si nous ne devons voir dans ce dernier phénomène qu'un simple effort de la nature pour débarrasser l'organisme des principes nuisibles, qui l'encombrent encore. Je serais disposé à penser que toutes les fois que les organes ne sont pas trop profondé-

ment atteints dans leurs fonctions, ils réagisent et arrivent à vaincre la maladie en éliminant le poison ou les produits qui résultent de sa présence dans l'économie. Cette augmentation de l'urée qui se produit dans certains cas qui guérissent régulièrement et sans complications, s'expliquerait par le fonctionnement régulier ou exagéré des organes. Ainsi le foie est plus ou moins atteint dans cette maladie ; les cellules hépatiques fonctionnent peu, nous en donnerons la preuve plus loin, mais s'il arrive qu'elles puissent prendre le dessus, elles font plus d'urée avec les produits quaternaires incomplètement brûlés qui surchargent les tissus.

### 2° FORME INSIDIEUSE.

Il n'y a pas, dans la forme insidieuse, la pondération et le consensus dans les symptômes qu'on est habitué à rencontrer dans la forme franche ; quelquefois même il y a toute une série de symtômes qui manquent.

Le début est beaucoup moins marqué et souvent masqué par des symptômes qui peuvent donner le change. La fièvre passe quelquefois inaperçue et on voit alors se dérouler une série de phénomènes qu'on a peine à expliquer. D'autres fois, on peut bien constater la fièvre pendant trois ou quatre jours, mais elle n'est pas absolument continue ; ses rémissions sont tellement marquées qu'elle en impose pour une fièvre paludéenne.

Après le début de la période fébrile, on observe chez les individus la céphalalgie, la courbature, la rachialgie et les douleurs dans les membres. Les douleurs abdominables paraissent plus vives et plus persistantes ; elles siègent un peu partout et souvent dans les deux hypochondres.

La face est rouge ; le liséré gingival existe ; l'érythème scrotal est moins constant.

Souvent le malade présente un certain état de stupeur ; il accuse des rêvasseries ; quelquefois il a des épistaxis. Son abdomen donne parfois à la pression de la fosse iliaque droite la sensation de gargouillement ; fréquemment on constate sur le corps des taches rosées.

La défervescence est moins rapide et moins franche. On ne voit pas souvent un mieux sensible se manifester dans l'espace de 36 à 48 heures. Il arrive fréquemment que l'on ne constate

pas de fièvre, tout en se trouvant en présence de symptômes graves et inquiétants. Dans certains cas, les exacerbations sont plus fortes tous les deux jours, ce qui ressemble beaucoup à une fièvre tierce; mais la quinine est impuissante et l'on voit la maladie suivre son cours ou s'arrêter sans se soucier du spécifique. Enfin quelquefois la fièvre a disparu depuis plusieurs jours, la convalescence paraît complète, sauf un certain état de faiblesse générale et au bout d'un certain temps on voit la fièvre reparaître et durer trois ou quatre jours avec les mêmes allures qu'elle affectait à la première atteinte, sans qu'on puisse la prévenir par le sulfate de quinine.

Cette forme insidieuse, avec les caractères principaux que je viens d'énumérer, se présente surtout chez les individus qui ont été atteints une première fois ou chez ceux qui ont été mal soignés. Il arrive parfois qu'une fièvre inflammatoire, très légère, soit prise pour une fièvre intermittente; dans ce cas elle est traitée par un peu de quinine et abandonnée à elle-même; au bout d'un certain temps, on voit réapparaître la maladie avec des allures qui surprennent ceux qui ne sont pas prévenus.

### Observation X.

*Fièvre inflammatoire au degré moyen, à forme insidieuse, en temps d'épidémie de fièvre jaune, au Maroni.*

Hermann, femme transportée; 18 mois de Guyane; n'ayant pas quitté le couvent de Saint-Laurent-du-Maroni, depuis son arrivée. Forte constitution; n'a jamais été malade.

Elle entre pour la première fois à l'hôpital de Saint-Laurent, le 7 octobre 1877. Elle avait eu la fièvre pendant deux jours au couvent; à son entrée on note 40,2 et le pouls à 120; le lendemain et les jours suivants la température était à 37.

Elle sort le 21 septembre, mais elle entre de nouveau à l'hôpital le 2 octobre.

Le 30 septembre, elle avait été prise au couvent, vers les 11 heures du matin, d'accès de fièvre; pas de frisson; chaleur et sueurs dans la soirée.

Le 1er octobre, vers 10 heures du matin, a éprouvé des frissons et de la chaleur suivis d'une transpiration abondante; beaucoup d'agitation dans la nuit.

Le 2 octobre, en se levant éprouvait de la céphalalgie avec mal dans les

jambes et dans les reins. Elle avoue que, depuis sa sortie de l'hôpital, elle avait conservé mal à la tête. A son entrée, la langue est sale; douleurs à l'épigastre à la pression; pas de douleurs dans les hypochondres; se plaint de douleurs dans les jambes, à la tête et aux reins; la rachialgie n'est pas très forte. *Prescription* : Chocolat, bouillon, feuilles d'oranger, quinine 1 gr., potion extrait de quinquina 2 gr.. sulfate de magnésie 30 gr. 4 heures du soir. T. 38,4; pouls à 80.

3 octobre, 8 heures du matin. T. 38. 5 ou 6 selles dans la nuit. Les conjonctives sont jaunes; les pupilles dilatées; douleurs à l'estomac et à la tête; les yeux sont gros et sensibles; les urines sont un peu rouges et ne donnent rien avec l'acide. 4 heures du soir. T. 38,1; pouls à 80. 8 heures du soir. T. 38.

4 octobre. 7 heures du matin. T. 37,9; pouls à 90. Elle est un peu plus abattue; a eu le sommeil agité; la peau est devenue sèche depuis hier; l'haleine est mauvaise; la langue est très sale, noire au centre et rôtie; la respiration est gênée; les urines sont rouges. *Prescription* : Bouillon, albumineuse, potion : aconit et digitale; potion : extrait de quinquina 4 gr.; noix vomique 10 gouttes; looch : huile de ricin 30 gr., jus de citron 20 gr. Midi. T. 38. 4 heures du soir. T. 38,5; pouls à 90. N'a pas pu supporter le looch; langue toujours sale; peau tantôt sèche, tantôt moite. Les urines examinées ce matin offraient une couleur rouge spéciale. La matière colorante du sang n'a pu être constatée; il se formait au fond du vase une matière rose semblable à du purpurate d'ammoniaque; pas d'albumine; urée 29 gr. 90 par litre, mais elle avait uriné très peu depuis hier matin, environ 300 gr., ce qui donne 8 gr. 70 d'urée. 8 heures du soir. T. 37,8.

5 octobre. 4 heures du matin. T. 37,6. 8 heures du matin. T. 37,3; pouls à 78. Pas de sommeil, grande agitation; langue sale; soif vive; gencives décolorées par place. La teinte jaune des conjonctives n'a pas augmenté; se plaint d'un violent mal de reins; urines rouges, 400; pas d'albumine; urée 22 gr. 96 par litre et 9,18 pour 400 gr. Midi. T. 37,2; 4 heures du soir; T. 37,2; pouls à 56. 8 heures du soir T. 36,5.

6 octobre. 4 heures du matin. T, 37,5. 8 heures du matin. T. 37,3; pouls à 72. Dans la journée d'hier, elle avait donné 200 gr. d'urines; depuis hier soir 4 heures, n'a pas donné une goutte d'urine. Depuis qu'elle est malade a éprouvé beaucoup de faiblesse d'estomac; elle disait se sentir s'évanouir, mais ses faiblesses n'allaient pas à la syncope. Midi. T. 37,4.

4 heures du soir. T. 37.5; pouls à 72; respiration très calme à 24. Pas d'agitation, mais la peau est sèche; langue humide et sale au centre; bouche amère; quelques nausées dans la journée; aucune douleur à l'épigastre ni dans les hypochondres; la rate n'offre aucune matité; le foie ne déborde pas. Pas une goutte d'urine depuis hier au soir; à la percussion,

la vessie semble vide. Deux ventouses scarifiées sur les reins. 8 heures du soir. T. 37,4.

7 octobre. 4 heures du matin. T. 37,2. 8 heures du matin. T. 37,1 ; pouls à 60, très lent; il semble qu'il existe des intermittences dans le pouls. Un peu d'agitation dans la nuit ; langue toujours très sale ; bouche mauvaise ; pas d'appétit, les yeux ne présentent plus de coloration jaune. Elle n'avait pas uriné depuis 36 heures, mais à son réveil, ce matin, elle a donné 500 gr. d'urines rouges, sans albumine, urée 27 gr. par litre et 13 gr. 50 pour 500 gr. Midi. T. 37.

4 heures du soir. T. 37,4 ; pouls à 56, un peu irrégulier ; la langue est un peu moins sale ce soir; pas de selles depuis ce matin ; pas d'urine. 8 heures du soir. T. 37,2.

8 octobre. 4 heures du matin T. 37 ; pouls à 60. La langue se nettoie ; la bouche est moins mauvaise ; Pas de selle ; urines 500 gr., ce matin ; elles semblent décomposées au sortir de la vessie ; il ne semble pas y avoir d'albumine. *Prescription* : Chocolat, bouillon, lait, albumineuse, potion tonique, potion : aconit et digitale. Midi. T. 37. 4 heures du soir. T. 37,3 ; pouls à 56. 8 heures du soir. T. 37.

9 octobre. 4 heures du matin. T. 37. 8 heures du matin T. 37,4; pouls à 56. L'état général est bon ; pas de douleurs et n'a pas uriné depuis hier soir. Midi. T. 37,3. 4 heures du soir. T. 37,3 ; pouls à 60. Assoupissement toute la journée ; pas de selles ; pas d'urine ; les yeux sont plus jaunes que ce matin. 8 heures du soir. T. 37,3.

10 octobre. 4 heures du matin. T. 37,4. 8 heures du matin. T. 37,4 ; pouls à 80. La peau est toujours sèche et rugueuse ; la langue est encore sale ; les yeux assez clairs ; n'a pas bien dormi ; se plaint de douleurs dans les jambes et les bras ; a uriné ce matin ; les urines sont abondantes 700 gr., mais elle n'avait pas uriné depuis 48 heures ; les urines sont toujours rouges ; l'acide azotique ne donne lieu à aucun trouble albumineux, mais il teint en rose la partie supérieure du liquide. Midi. T. 37,4.

4 heures du soir. T. 37,1 ; pouls à 80. Peau toujours sèche ; un peu de malaise dans la matinée ; — un peu d'agitation et de chaleur ; — 2 selles abondantes, gris-jaunâtre, fétides et liquides. 8 heures du soir. T. 37,3.

11 octobre. 4 heures du matin. T. 37,3. 8 heures du matin. T. 37,1 ; pouls à 60. Elle rend ce matin 200 gr. d'urines décomposées au sortir de la vessie ; il y a paresse vésicale. Midi. T. 37,7. 4 heures du soir. T. 37,3 ; pouls à 56. N'a pas uriné depuis ce matin. 8 heures du soir. T. 37,4.

13 octobre. 8 heures du matin. T. 37,2 ; pouls à 56. Elle a rendu 200 gr. d'urines ce matin ; elle n'avait pas uriné depuis 48 heures ; les urines contiennent : urée 22 gr. 90 par litre, et 4 gr. 58 pour 500 gr. Elles donnent un dépôt, — huile de ricin 30 gr. 4 heures du soir. T. 36,7 ; pouls à 56.

14 octobre. 8 heures du matin. T. 37 ; pouls à 56. A assez bien dormi ;

a langue est redevenue sale et la bouche mauvaise; se plaint de céphalalgie. 4 heures du soir. T. 37; pouls à 56. 200 gr. d'urines normales; pas de dépôt; pas de mucus.

15 octobre. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 56. Langue belle; ce matin a uriné assez abondamment, 800 gr. d'urines de couleur tout à fait normale.

Le 30 octobre, elle éprouve des frissons et des sueurs.

Le 6 novembre, vers 10 du matin, elle éprouve un frisson sans transpiration; elle se lève et mange, mais elle conserve le mal de tête et de reins.

Le 8 novembre, elle est prise d'un violent frisson accompagné de délire; dans la journée, transpiration abondante; elle accuse des douleurs à la tête, aux reins et aux jambes. 8 heures du matin. T. 40,4. Les urines contiennent 12 gr. 10 d'urée par litre. *Prescription* : Sulfate de magnésie 40 gr.; potion : quinine 1 gr. sirop diacode 30 gr. 4 heures du soir. T. 39. 8 heures du soir. T. 37, 7.

9 novembre. 8 heures du matin. T. 37.5; pouls à 84. Les conjonctives sont jaunes; la langue est sale, la bouche mauvaise; se plaint beaucoup de l'estomac et de la tête; urines 700 gr. depuis hier matin; urée 54 gr. par litre et 37,80 pour 700 gr. Midi. T. 40. 4 heures du soir. T. 38,7 pouls à 92. Vers midi, a ressenti un frisson, moins violent qu'hier avec douleur dans tout le corps; pas de vomissements; chaleur et transpiration abondante; à 4 heures peau moite, un peu chaude. 8 heures du soir. T. 37,5.

10 novembre. 6 heures du matin. T. 40,7; pouls à 90. S'est sentie beaucoup mieux hier soir, mais dans la nuit a été prise de mal de reins et de mal d'estomac; n'a pas transpiré; ce matin à 6 heures nouveau frisson; chaleur et transpiration immédiate; se plaint beaucoup des reins, de l'estomac et de la tête; langue sale; conjonctives injectées, jaunâtres; peau chaude et moite; envies de vomir; 4 selles dans la journée d'hier; urines 550 gr., assez rouges, pas d'albumine; urée 33 gr. 78 par litre et 18 gr. 57 pour 550 gr. Midi. T. 39,2. 4 heures du soir. T. 38,7; pouls à 72, lent, dicrote. 8 heures du soir T. 37,2.

11 novembre. 8 heures du matin. T. 37,9; pouls à 60; langue sale; pas d'envies de vomir; n'a pas dormi; à beaucoup souffert des reins, des jambes et de la tête; urines 500 gr. depuis hier matin; urée 31 gr. 90 par litre et 15 gr. 95 ponr 500 gr. 4 heures du soir. T. 36; pouls à 56. 8 heures du soir. T. 37.

12 novembre. 8 heures du matin. T. 36,7; pouls à 54. Se trouve mieux; plus de douleurs; urines 600 gr.; on constate avec l'acide azotique un léger anneau blanchâtre á la partie moyenne de la couche liquide et un anneau brunâtre à la partie inférieure; urée 18 gr. 80 par litre et 11 gr. 28 pour 600 gr. 4 heures du soir. T. 36,6; pouls à 60. 8 heures du soir. T. 37.

13 novembre. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 58. Urines 700 gr. *Prescription* : Chocolat, demi-quart, quart de vin, albumineuse; potion : aconit et digitale; potion sulfatée à 20 gr.; lavement : décoction de quinquina 150 gr. ; quinine 1 gr., acide phénique 2 gouttes. 4 heures du soir. T. 37,6; pouls à 56.

14 novembre. 8 heures du matin. T. 37 ; pouls à 58. Mieux très notable; ne souffre plus de rien; plus de douleurs à l'estomac ; langue belle; peau bonne. 4 du soir. T. 37; pouls à 64.

15 novembre. 8 du matin. T. 36,8 ; pouls à 64. Urines jaune-pâle, un litre. 4 heures du soir. T. 37,3; pouls à 58. Sort guérie le 10 décembre 1877.

Ce qui frappe tout d'abord dans cette observation, c'est le manque presque absolu de la poussée fébrile. C'est à peine si l'on constate, à son entrée à l'hôpital, une légère élévation de la température, qui oscille bientôt dans les limites de la normale, quand la malade présente encore des symptômes très graves. L'absence d'urines pendant 48 heures et à plusieurs reprises, m'a beaucoup inquiété. Je constatais un état sérieux et même assez grave, en l'absence de toute fièvre et de toute localisation morbide. Je ne voyais qu'une chose, l'atonie des organes et l'anéantissement des fonctions. Aussi, comme à cette époque j'observais en même temps des cas de fièvre jaune, je me reportais tout naturellement vers cette forme, nommée en Anglais : Walking cases, cas ambulants, dits aussi apyrétiques, où l'état fébrile est peu marqué sans manquer cependant complètement et aussi aux deux cas observés par Saint-Vel, où les malades présentaient tous les symptômes de l'affection, sauf la fièvre, et qui ne seraient peut-être pas si rares, d'après cet observateur, s'il fixaient davantage l'attention.

Un autre fait intéressant ressort encore de cette observation et mérite d'être signalé. L'excrétion des urines se fait d'une manière bien faible; l'urée éliminée est peu considérable. C'est à peine si, pendant plusieurs jours, on peut l'évaluer à 2 ou 3 grammes en moyenne en 24 heures, mais en examinant les urines quelques heures avant l'invasion d'un accès de fièvre qui s'est manifesté pendant la convalescence, alors que l'on pouvait croire que tout était fini, on constate une quantité considérable d'urée, 54 gr, par litre et 37 gr. environ pour 700 gr. d'urines qu'elle avait rendues en 24 heures. Cette augmentation

de l'urée accompagnant ou précédant les grandes oscillations de température qui se présentèrent dans le cours de la convalescence, peut-elle être attribuée à une variété de rechute ou à une complication paludéenne ? Si l'on tient compte des expériences de Ringer et de Chalvet qui ont remarqué que dans la fièvre intermittente, l'urée augmente dans les urines avant que le thermomètre ne signale la moindre élévation de température, on peut accuser l'élément paludéen. Mais il n'est pas rare d'observer aussi certains états dans lesquels les fonctions de la glande hépatique sont atteintes, où l'on constate une augmentation subite de l'urée, après en avoir noté pendant longtemps la diminution ; il semble qu'à un moment donné les cellules hépatiques recouvrent leur intégrité. Cette question est assez difficile à résoudre, pour que j'ose à peine la poser. Cependant au moment de cette augmentation de l'urée, malgré la poussée fébrile qui l'accompagne, l'état général de la malade laisse peu à désirer et elle recouvre la santé d'une manière à peu près complète.

Au point de vue de la contagion, un fait m'a frappé, c'est qu'il a suffi de faire entrer cette femme à l'hôpital au moment de la première période de la maladie pour qu'une autre femme, placée dans le lit voisin et qui depuis quelque temps avait des indispositions irrégulières et semblait soumise à une mauvaise influence, fût immédiatement atteinte à son tour d'une affection analogue.

### Observation XI.

*Fièvre inflammatoire, à forme insidieuse, en temps ordinaire, à Cayenne*[1].

Madame B..., femme d'un commerçant de Cayenne, ressentait depuis quelque temps une faiblesse générale, avec perte d'appétit. — Vers la fin du mois de mars 1878, elle fut prise d'un état bilieux très prononcé avec symptômes gastriques ; langue saburrale au centre, rouge sur les bords ; le soir elle sentait de la chaleur et avait un mouvement fébrile la nuit ; quelques saignements de nez.

Le 8 avril, elle s'alite et se fait soigner à domicile. — Les urines sont très jaunes et traitées par l'acide azotique, elles donnent un nuage albumineux assez marqué ; 16 gr. d'urée par litre. — Par moments, elle a des sueurs abondantes ; la face et les conjonctives sont jaunes. — Elle se plaint

d'une douleur au niveau du foie et du côté du ventre. — Sensation de brûlure à l'estomac avec vomissements.

Au toucher, on ne constate pas de fièvre; la peau paraît bonne, légèrement moite. Vers le 11, la langue se nettoie, le mieux s'établit mais il reste une grande faiblesse et l'appétit ne revient que modérément; la digestion est encore difficile et elle éprouve une pesanteur à l'estomac.

Son fils aîné arrive des placers le 14, atteint de dysenterie à laquelle il succombe ; pendant les quelques jours qu'il est resté en traitement chez lui, elle veut le soigner, elle se lève et au bout de quelques jours elle est prise de douleurs fulgurantes dans les membres à un point, qu'il lui est impossible de faire un mouvement. — A partir de ce moment, la convalescence qui semblait assurée est enrayée, et l'état général devient mauvais sans qu'il soit possible cependant de constater jusqu'au dernier moment la moindre élévation de température. — Perte complète d'appétit; la douleur à l'estomac reparaît beaucoup plus intense ; les vomissements reparaissent également. Pas de sommeil ; inquiétude générale; rêves pénibles la nuit.

Le 27, les vomissements s'arrêtent ; délire dans la journée; pas de selles.

Le 28, le ventre est considérablement ballonné et malgré tous les purgatifs il est impossible de déterminer des selles. Le soir on constate des sueurs froides sur tout le corps, un météorisme abdominal énorme et de la carphologie.

Elle meurt le 29 au matin en rendant par l'anus des matières noires et extrêmement fétides. Elle n'avait eu ni selles ni urines depuis deux jours. — Après la mort, la teinte jaune des conjonctives et de la face est manifeste et on remarque bientôt sur le corps des plaques violacées.

L'observation de cette femme, qui a été traitée en ville, n'a pu être prise avec autant de soin qu'elle l'aurait été à l'hôpital. J'ai cru devoir la rapporter, pour montrer la gravité de certains états qui ne s'accompagnent pas de fièvre. Il indique aussi toute l'attention que l'on doit porter à la convalescence de ces affections à symptômes gastriques, qu'il est si fréquent d'observer dans les pays chauds.

Ces affections, si légères qu'elles soient, laissent dans les organes une telle empreinte, qu'ils ne reprennent leurs fonctions que peu à peu et lentement; si une cause déprimante, la fatigue ou une impression morale très grande vient ajouter son action à la dépression qui existe déjà, il y a sidération et l'on voit des états, qui auraient dû guérir en toute autre circonstance, marcher rapidement vers une terminaison fatale.

### Observation XII.

*Fièvre inflammatoire à forme insidieuse, en temps ordinaire, au Maroni.*

Gizard, soldat d'infanterie de marine, âgé de 24 ans, du département de la Lozère. — 18 mois de Guyane, se trouvait aux îles du Salut pendant l'épidémie de fièvre jaune de 1877, il a eu, à cette époque, la fièvre pendant 4 jours et il a fait 10 jours d'hôpital aux îles. N'a jamais eu la fièvre depuis cette époque.

Arrive au Maroni le 11 août 1878.

Constitution robuste; tempérament sanguin. Le 16 août, à huit heures du matin, étant occupé à la caserne à briquer des tables, a été pris brusquement de céphalalgie avec brisement des membres. La veille, il avait éprouvé des frissons erratiques et de la faiblesse dans les jambes.

Entre à l'hôpital. 6 heures du soir. T. 39,6. *Prescription* : Bouillon, Ipéca 1 gr. 50.

17 août. 8 heures du matin. T. 39,4. Facies rouge; conjonctives injectées, et très légèrement jaunes. Langue sale et jaunâtre au centre; léger liseré gingival; un peu de rougeur du scrotum et urine environ 2 litres depuis son entrée; rien avec l'acide; urée 13 gr. 68 par litre. *Prescription* : Bouillon, limonade tartarisée à 20 gr.; citrate de magnésie à 60 gr.

4 heures du soir. T. 40; pouls à 100, plein, dur. Le facies est toujours rouge; les pupilles dilatées. Ce soir on trouve dans les urines un léger anneau brunâtre avec l'acide.

18 août. 8 heures du matin. T. 39,6; pouls à 100. N'accuse aucune douleur, a bien dormi. Facies rouge; yeux injectés; pupilles dilatées; langue jaunâtre au centre; liseré gingival; érythème scrotal, pas de vomissements, 4 ou 5 selles dans la nuit; a uriné environ 1500 gr. en 24 heures. Les urines sont jaunes; rien avec l'acide; urée 13 gr. 68 par litre. *Prescription* : Bouillon, ipeca 1 gr. 50.

4 heures du soir. T. 40,8; pouls à 108. S'est trouvé fatigué dans la journée; a eu des étourdissements et du vertige, au moment d'un orage; constriction au creux épigastrique; rien du côté des hypochondres.

19 août. 8 heures du matin. T. 37,4; pouls à 64. Le facies est moins rouge, mais paraît fatigué; a bien dormi et a transpiré. Le liseré gingival existe et il y a un peu de desquamation au scrotum. Les urines contiennent 13 gr. 68 d'urée. *Prescription* : Limonade tartarisée; rhubarbe 1 gr.; potion : extrait de quinquina 2 gr., noix vomique 10 gouttes.

4 h. du soir. T. 38,3; pouls à 64.

20 août. 8 heures du matin. T. 37,4; pouls à 64. Teinte jaune des conjonctives; liseré gingival assez marqué. Un litre d'urines depuis hier

matin; urée, 13 gr. 11. *Prescription* : Bouillon, soupe, albumineuse, rhubarbe 1 gr., potion tonique.

4 heures du soir. T. 38,8; pouls à 84.

21 août. 8 heures du matin. T. 37,2; pouls à 60. Il y a trois jours, en faisant des efforts pour vomir, a saigné du nez; mais l'épistaxis n'a par reparu. Teinte jaune des conjonctives; la langue est belle; le liséré existe encore; le scrotum présente toujours une légère desquamation. Un litre d'urines depuis hier matin; anneau brunâtre avec l'acide; urée, 22 gr. 23 par litre. *Prescription* : Bouillon, soupe, albumineuse, rhubarbe 1 gr., potion tonique.

4 heures du soir. T. 37 ; pouls à 68.

22 août. 8 heures du matin. T. 37,2; pouls à 56. Un litre d'urines; avec l'acide, anneau rose très marqué surmonté d'un anneau brunâtre; urée, 14 gr. 25 par litre. 4 heures du soir. T. 37,4; pouls à 76.

23 août. 8 heures du matin. T. 37 ; pouls à 76. Un litre d'urines; anneau brunâtre; urée 18 gr. 21 par litre. *Prescription :* Quart de tout vineuse, potion tonique; douche.

4 heures du soir. T. 36,8; pouls à 80. La face et les conjonctives sont pâles; la peau est moite et fraîche.

24 août. 8 heures du matin. T. 37,4; pouls à 60. Un litre d'urines jaunes, troubles, avec un nuage de mucus; rien avec l'acide: urée 6 gr. 84 par litre. 4 heures du soir. T. 37,2; pouls 64.

25 août. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 60. Les urines donnent 4 gr. 56 d'urée par litre. 4 heures du soir. T. 36,4 ; pouls à 72. Ce soir les urines donnent comme ce matin 4 gr. 59 d'urée par litre.

26 août. 8 heures du matin. T. 36,8; pouls à 88. Un litre et demi d'urines jaune-pâle; urée 6 gr. 27 par litre. *Prescription* : Demie de tout, douche, potion tonique.

4 heures du soir. T. 37; pouls à 80. Les urines donnent 7 gr. 98 d'urée par litre.

27 août. 8 heures du matin. T. 37,2; pouls à 72. Urée 6 gr. 84 par litre. 4 heures du soir. T. 37; pouls à 88.

28 août. 8 heures du matin. T. 37,4; pouls à 84. Il existe un furoncle à la face et de l'œdème à la paupière gauche. Un litre et demi d'urines; urée 3 gr. 42 par litre. 4 heures du soir. T. 38; pouls 112. A éprouvé quelques frissons. Se plaint de douleurs dans les oreilles ; les paupières des deux côtés sont œdématiées.

29 août. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 96. N'a pas dormi la nuit dernière; a un peu transpiré; 3 selles ce matin avec le sulfate de magnésie administré. Les urines sont devenues jaune-rouge; urée 12 gr. 54 par litre. 4 heures du soir. T. 37,2; pouls à 100.

30 août. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 76. Un litre et demi d'urines

jaune-pâle; urée 7 gr. 41 par litre. 4 heures du soir. T. 37; pouls à 80.

31 août. 8 heures du matin. T. 36,8; pouls à 80. Urée 11 gr. 40. 4 heures du soir. T. 37,2; pouls à 80. Urée 11 gr. 40. 4 heures du soir. T. 37,2; pouls à 80.

1er septembre. 8 heures du matin. T. 37; pouls 76. Urée 6 gr. 27 par litre. 4 heures du soir. T. 37; pouls à 68.

2 septembre. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 72. Les urines sont pâles comme de l'eau; 2 litres environ. Urée 2 gr. 28 par litre. — Pas de selles depuis hier midi. 4 heures du soir. T. 37,4; pouls à 84.

3 septembre. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 76. Les urines sont encore très pâles; urée 2 gr. 28 par litre. 4 heures du soir. T. 39, 6; pouls à 116. Vers midi a éprouvé des frissons, avec mal de tête et dans les membres. 8 heures du soir, T. 40.

4 septembre. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 80. Un litre et demi d'urines rouge-foncé; avec l'acide on constate un anneau brunâtre offrant des teintes roses au-dessus et au-dessous et brun verdâtre au centre; avec la teinture d'iode on a une coloration sensiblement verdâtre; urée 2 gr. 85 par litre. Sulfate de magnésie, 20 gr. 4 heures du soir. T. 37,2; pouls à 88.

5 septembre. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 72. Les urines sont moins foncées, un litre et demi, on ne retrouve plus d'anneau avec l'acide; beaucoup de mucus en suspension; urée 2 gr. 85 par litre. Midi. T. 40. 4 heures du soir. T. 40, 4; pouls à 104. Face rouge, yeux brillants, langue un peu sale; léger liséré gingival; un peu de rougeur et de démangeaisons au scrotum. Ipéca 1 gr. 50. 8 heures du soir. T. 39,4.

6 septembre. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 84. Facies et conjonctives jaunes. A vomi beaucoup de bile jaune et des glaires avec l'ipéca; a eu quelques coliques après l'ipéca et a eu 3 selles. 2 litres d'urines rouge-foncé; urée 9 gr. 12 par litre. 4 heures du soir. T. 37,2; pouls à 80. faiblesse générale; ne peut se tenir longtemps sur les jambes.

7 septembre. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 72. Urines 2 litres; urée 5 gr. 13 par litre. Hier et avant hier, les urines traitées par le chloroforme donnaient un dépôt blanchâtre qui, placé sous le microscope, paraissait composé de globules huileux et de mucus. Midi. T. 40,4. 4 heures du soir. T. 40,1; pouls à 120, dur, vibrant. Se plaint de mal de tête et d'une très grande douleur aux reins; accuse de la surdité et des bourdonnements d'oreille. 8 heures du soir. T. 39,2.

8 septembre. 8 heures du matin. T. 37,2; pouls à 80. Le facies est bistré; gencives décolorées; la peau est moite; aucune douleur, pas de matité splénique; urée 5 gr. 70 par litre. 4 heures du soir. T. 37,2; pouls à 80 fort, vibrant, régulier.

9 septembre. 8 heures du matin. T. 37,2; pouls à 68. Les urines sont moins foncées; urée 5 gr. 70 par litre. 4 heures du soir. T. 37,6; pouls à 88.

10 septembre. 8 heures du matin. T. 37,2 : pouls à 72. N'a pas pu dormir ; urée 4 gr. 56 par litre. *Prescription* : Chocolat, demie, trois quarts de vin, vineuse, liqueur de Pearson 3 gr. ; potion : décoction de quinquina 200 gr., noix vomique 10 gouttes, vin de Bordeaux 200 gr.

4 heures du soir. T. 37,2 : pouls à 80.

11 septembre. 8 heures du matin. T. 36,8 ; pouls à 76. 4 heures du soir. T. 37,4.

12 septembre. 8 heures du matin. T. 37 ; pouls à 64. Depuis plusieurs jours a des furoncles aux jambes. 4 heures du soir. T. 37,4.

13 septembre. 8 heures du matin. T. 37 ; 4 heures du soir. 37,2 : un furoncle à la paupière.

14 septembre. 8 heures du matin T. 37. 4 heures du soir. T. 37,2.

Sort complètement guéri le 20 septembre.

Nous voyons encore survenir, le 19e jour un mouvement fébrile qui se continue pendant trois jours. L'urée ne suit pas la température ; au moment où la fièvre allait éclater, elle était réduite à son minimum, à 2 gr. 28 par litre. Pendant les trois jours que dure le mouvement fébrile, elle reste toujours à ce minimum ; ce n'est que plusieurs jours après la fièvre qu'elle se rapproche insensiblement, mais en présentant quelques variations, du chiffre normal. Pour mieux apprécier ces relations de la température et de l'urée, je donnerai plus loin des tableaux comparatifs.

### TROISIÈME DEGRÉ. — FIÈVRE INFLAMMATOIRE INTENSE.

Dans le degré qui va nous occuper, la maladie présente des caractères d'une certaine gravité ; dans ces atteintes sévères, le danger couru par le malade est souvent assez grand. Nous tâcherons d'étudier plus loin, en faisant une étude synthétique de la maladie, à quoi sont dues ces différences dans l'intensité des symptômes ; nous verrons s'il faut accuser la plus grande quantité de poison ou la plus faible résisistance de l'organisme ou bien s'il faut tenir compte de ces deux facteurs.

Pour le moment il me suffira de dire que dans le troisième degré, les périodes sont bien moins délimitées ; la seconde surtout dure un temps indéterminé en s'accompagnant de phénomènes plus ou moins variés et plus ou moins inquiétants. La courbe thermique est souvent d'une durée très longue, elle est

moins souvent rémittente que dans les deux premiers degrés et l'intensité de la maladie se traduit principalement par la continuité de la fièvre pendant un temps assez long. Le pouls présente aussi des caractères particuliers. La couleur jaune de la peau est plus accentuée; l'état du tube digestif est plus compromis. Les malades à ce degré exhalent une odeur particulière, remarquable par sa fadeur qui stimule l'odorat et irrite la gorge en provoquant souvent l'éternuement; tout en est imprégné dans le voisinage des malades. Il n'est pas rare d'observer une tendance aux hémorrhagies, surtout par les piqûres de sangsues et les vésicatoires; les sinapismes laissent après eux des traces noirâtres. Enfin du délire et des lipothymies sont souvent observés.

## 1 FORME FRANCHE.

Il n'y a rien de bien spécial à noter pour le début. Il est difficile de déterminer à ce moment, si l'on aura affaire au second ou au troisième degré de la maladie. Ici comme dans les autres degrés, la période prodromique est souvent signalée par des accès de fièvre ressemblant en tous points aux manifestations du paludisme.

La céphalalgie est plus violente, elle est suivie de frissons et la période fébrile de l'atteinte est bientôt caractérisée.

La température est tout de suite plus élevée; elle atteint plus rapidement son summum. Il est habituel qu'elle atteigne en peu d'heures le chiffre de 40 et 41. Le pouls s'élève comme la température et dépasse bientôt 100 et 110. La respiration est haute, courte, et par conséquent, plus rapide que dans l'état normal. On observe de temps en temps des mouvements inspiratoires suspirieux qui viennent en rompre la régularité. Ces soupirs sont parfois assez profonds pour être bruyants.

La face est rouge et vultueuse; sa couleur est plus accentuée, L'érythème scrotal est plus marqué et se présente quelquefois sous forme d'une véritable vésication. Les yeux sont plus rouges et plus brillants: il y a souvent de la photophobie. Les épistaxis ne sont pas rares au début. Les douleurs existent avec une intensité et une acuité très grandes.

La langue est saburrale; les papilles sont, sur leur extrémité, d'une couleur blanc presque éclatant et le gazon épithélial est

sec et hérissé; ce qui justifie le nom de langue cotonneuse; le limbe est rouge et l'extrémité de l'organe est plus effilée. — L'enduit pultacé est très marqué et presque constant. — L'arrière-bouche et le pharynx sont rouges, brillants, tantôt comme desséchés, tantôt comme vernissés. — Aussi la soif est vive; les nausées et les vomituritions sont fréquentes. La région épigastrique est très sensible. — La constipation est la règle; les urines sont moins abondantes.

La deuxième période est une véritable période d'hésitation. Le plus souvent l'organisme semble hésitant entre la convalescence et certains phénomènes morbides qui pourraient prendre une importance notable.

La rougeur de la face diminue et fait place à une teinte jaune subictérique qui se complète souvent d'un nouvel ictère d'une autre nature. Les urines contiennent souvent à ce moment de l'albumine. Quelquefois on observe des hémorrhagies par le nez ou la bouche.

Après cet état d'oscillation et de stupeur de l'organisme, la convalescence s'affirme, mais toujours d'une manière très lente et est encore susceptible de complication.

### Observation XIII.

*Fièvre inflammatoire au degré intense, en temps d'épidémie au Maroni.*

Tronchet, soldat d'infanterie de marine, 36 mois de Guyane. N'a jamais été malade. Se trouve depuis 4 mois au Maroni où il avait fait déjà un précédent séjour, pendant une forte poussée épidémique de fièvre jaune, sans être indisposé.

Entré à l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni, le 14 septembre 1877. Depuis le 11 se sentait fatigué; avait éprouvé à diverses reprises des frissons avec mal de reins et de jambes et même des étourdissements. Le 13 avait eu une faiblesse en se levant.

A son entrée, la peau est chaude et sèche; la langue saburrale au centre et rouge sur les bords, céphalalgie sus-orbitaire; les yeux sont sensibles à la lumière et les pupilles dilatées; les conjonctives sont très légèrement jaunes, se plaint de mal de reins et de douleurs articulaires, pas d'épigastralgie, mais envies de vomir. 8 heures du matin. T. 39. *Prescription :* Bouillon, albumineuse, potion : quinine 1 gr. 50, sirop diacode 30 gr.;

looch : huile d'olives 30 gr., jus de citron 30 gr.; frictions vinaigrées. Midi. T. 39,4. 4 heures du soir. T. 40,1 ; pouls à 90.

Les urines examinées dès son entrée présentaient de l'albumine; urée 25 gr. 60 par litre. Vomissement bilieux, langue très sale, rouge sur les bords, bouche amère, liséré gingival jaunâtre, haleine forte; soif vive, peau chaude, un peu jaune; selles noires, fétides. 3 heures du soir. T. 40. Minuit. T. 40.

16 septembre. 4 heures du matin. T. 39. 8 heures du matin. T. 38; pouls à 80. La langue est sale et tremblotante. Vomissements bilieux; légère teinte ictérique des conjonctives. Urines, un litre; albumine; urée 20 gr. 30 par litre. La numération des globules donne 1,839,000; les globules ont les dimensions normales, mais la dépression centrale est peu manifeste. *Prescription :* Bouillon, albumineuse; quinine 1 gr. 50; potion : aconit et digitale; eau de chaux; 2/4 lavements avec décoction de quinquina 200 gr. quinine 1 gr., acide phénique 2 gouttes; sinapisme à l'épigastre.

Midi. T. 39. 4 heures du soir. T. 39,2; pouls à 80. Agitation dans la journée; vomissements bilieux; se plaint de mal à l'estomac; toux fréquente, sans crachats. 8 heures du soir. T. 39. Minuit. T. 38,6.

17 septembre. 4 heures du matin. T. 38,4. 8 heures du matin. T. 38,4 ; pouls à 70. La nuit a été mauvaise; agitation extrême, un peu de délire dans la première partie de la nuit; oppression épigastrique; la teinte jaune des conjonctives est très prononcée; la langue moins rouge; a vomi jusqu'à minuit tout ce qui était ingéré, mais depuis n'a plus vomi. Ce matin pas de nausées, pupilles dilatées; 800 gr. d'urines rouges; albumine en grande quantité, pas de bile. La couleur rouge des urines est due à l'uroérythrine, car par l'hydrogène sulfuré ou l'acide sulfureux on arrive à la teinte de l'urochrone par réduction d'oxydation. *Prescription :* Bouillon, lait un litre, eau de chaux, 2/4 lavement : décoction de quinine 200 gr., quinine 1 gr.; acide phénique 2 gouttes; potion : noix vomique 2 gouttes.

Midi. T. 38,4. 4 heures du soir. T. 38,2; pouls à 70. A eu moins d'agitation et a éprouvé moins de douleur; l'estomac est moins sensible. La langue moins rouge est uniformément blanche au centre, sans sillon médian brunâtre; gencives moins rouges. 8 heures du soir. T. 38. Minuit. T. 38.

18 septembre. 4 heures du matin. T. 37,4. 8 heures du matin. T. 38; pouls à 70. A eu un peu d'agitation dans la première moitié de la nuit. Un peu de délire, oppression et suffocation vers 11 heures de la nuit. Langue plus nette. Les conjonctives conservent une légère teinte jaune-rouge qui n'augmente pas; facies pâle, un peu terreux. Pas de douleur à l'épigastre ni aux hypochondres; la rate ne paraît pas augmentée. Le sinapisme au chloroforme placé avant hier sur le creux épigastrique a laissé une trace noire. Selles grisâtres. Urines 600 gr., plus foncées encore qu'hier matin, forte-

ment albumineuses, pas de bile; urée 14 gr. 86 par litre et 8 gr. 90 pour 600 gr. La coloration rouge des urines paraît encore due à la matière colorante qui existe en grande proportion; l'acide sulfureux réduit cette matière et donne à l'urine la couleur jaunâtre des premiers jours. Midi. T. 37,6.

4 heures du soir. T. 37,4; pouls à 70. La journée a été bonne. Il s'est présenté une éruption rougâtre sur la poitrine. Soif toujours vive. 8 heures du soir. T. 38. Minuit. T. 38,6.

19 septembre. 4 heures du matin. T. 37,6. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 70. Nuit un peu agitée; conjonctives très jaunes; la peau présente sur certains points une teinte violacée avec éruption et démangeaisons; quelques taches de purpura, plaques rougeâtres sur les fesses. Urines 500 gr. fortement albumineuses, pas de bile, urée 15 gr. 90 par litre et 7 gr. 95 pour 500 gr. La couleur rouge augmente et se fonce davantage; les urines paraissent brunes en masse, mais une petite quantité mise dans un tube de verre ne donne aucun reflet; pas de traces de sang. Midi. T. 37. 4 heures du soir. T. 37; pouls à 64. 8 heures du soir. 37,2. Minuit. T. 37.

20 septembre. 4 heures du matin. T. 37. 8 heures du matin. T. 36,6; pouls à 60. A passé une bonne nuit; démangeaisons sur tout le corps. Urines de plus en plus noires, 700 gr.; albumine en grande quantité; un peu de bile; urée 12 gr. 43 par litre et 8 gr. 70 pour 700 gr. *Prescription :* Chocolat, bouillon de poulet, lait un litre, eau de chaux; potion : aconit et digitale; potion tonique.

Midi. T. 36,8. 4 heures du soir. T. 36,6; pouls à 60. La peau présente une teinte jaune-verdâtre; éruption de boutons dans le dos et démangeaisons. 8 heures du soir. T. 36,8. Minuit. T. 36,6.

21 septembre. 4 heures du matin. T. 36,6. 8 heures du matin. T. 36,6; pouls à 60. Nuit très bonne; teinte violacée de la peau; les taches purpuriques deviennent plus rouges. Langue très nette; accuse de l'appétit. Urines 900 gr. rouges, moins foncées. Traitées par la chaleur, elles donnent un trouble albumineux grisâtre; par l'acide azotique le trouble est granulé et donne une teinte verdâtre beaucoup plus accusée qu'hier; urée 17 gr. 50 par litre et 15 gr. 75 pour 900 gr. Midi. T. 36,6. 4 heures du soir. T. 36,6; pouls à 60. Teinte jaune plus marquée de la peau. 8 heures du soir. T. 36,6. Minuit. T. 36,8.

22 septembre. 4 heures du matin. T. 36,6. 8 heures du matin. T. 36,6; pouls à 60. Mieux très manifeste; peau froide et moite; la langue se nettoie, pas de vomissements. Urines 800 gr., plus claires, peu d'albumine, un peu de bile, urée 25 gr. 89 par litre et 20 gr. 72 pour 800 gr. *Prescription :* Chocolat. quart léger, albumineuse, potion tonique.

4 heures du soir. T. 36,8; pouls à 65. 8 heures du soir. T. 36,6. Minuit. T. 36,6.

23 septembre. 4 heures du matin. T. 36,8. 8 heures du matin. T. 36,6;

pouls à 80. La peau est froide et moite et présente une teinte violacée ; les conjonctives sont toujours jaunes ; la langue est belle et l'appétit est revenu. Urines 800 gr., un peu rougeâtres ; elle ne contiennent ni bile, ni albumine ; par le repos elle deviennent toujours très foncées. La numération des globules donne 4,965,000 ; le sang est rouge, les globules sont de dimensions normales, les contours bien dessinés ; ils ne paraissent pas le moins du monde déformés. 8 heures du soir. T. 37. Minuit. T. 37.

24 septembre. 4 heures du matin. T. 37. 8 heures du matin. T. 37 ; pouls à 64. L'éruption a disparu. Teinte toujours violacée de la peau. Teinte moins jaune des conjonctives. Urines 1,400 gr. encore un peu rouges. *Prescription :* Chocolat, demie de tout, albumineuse, potion tonique.

Midi. T. 37. 4 heures du soir. T. 37 : pouls à 64.

Les urines de ce soir ont complètement changé de couleur ; ce matin elles étaient encore rouges et ce soir elles sont jaune-pâle.

25 septembre. 8 heures du matin. T. 37 ; pouls à 72. La coloration jaune des conjonctives tend à disparaître. La peau donne au toucher une sensation de froid. Urines jaunes 1100 gr. 4 heures du soir. T. 37.

26 septembre. 8 heures du matin. T. 37 ; pouls à 70. La teinte jaune des conjonctives diminue rapidement. La couleur des urines est normale.

Sort guéri le 8 septembre 1877.

Si l'on analyse avec soin cette observation, on voit que le sujet est déjà arrivé à une certaine période de la maladie, au moment où il entre à l'hôpital. Il existe de l'albumine en quantité notable dans les urines. Le tracé montre que la période de rémission du deuxième au troisième jour est déjà passée. Il est donc probable que le malade est entré à l'hôpital le quatrième jour de la maladie. En effet, pendant les trois jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, il avait éprouvé des frissons, accompagnés de chaleur et de sueurs ; le mal de tête ne l'avait pas quitté et la veille de son entrée il avait eu une faiblesse en se levant. Dans ces différents phénomènes, il est impossible de ne voir que des prodromes, mais bien au contraire l'invasion et le commencement de la première période ; mais alors, comme il y a des frissons et des sueurs tous les jours, à des heures plus ou moins irrégulières, on peut penser que le début a été intermittent. Nous avons déjà vu qu'il ne fallait point s'en rapporter aux sensations éprouvées par le malade, qu'il faut au contraire s'en méfier et les contrôler par le thermomètre. Tou-

jours est-il que pendant son séjour à l'hôpital, il a présenté une fièvre absolument continue, en dépit de la quinine administrée régulièrement pendant les premiers jours.

La défervescence a été bien lente, puisque la température a mis trois jours pour aller de 39 à 37 ; il n'y a eu pendant ces trois jours ni exacerbation, ni rémission, car la température a été prise toutes les quatre heures ; elle a eu au contraire une marche descendante bien graduelle.

Quoi qu'il en soit, on peut voir dans cette observation un type frappant de la fièvre bilieuse inflammatoire grave se présentant sur un sujet acclimaté, dont les organes réagissent fortement contre la cause morbide. L'élimination du poison se fait rapidement et par toutes les voies. Les urines restent abondantes, la matière colorante de l'urine augmente en grande proportion, enfin la bile apparaît dans l'urine parce que le foie active ses fonctions pour transformer les substances qui ne l'ont pas été suffisamment. Aussi la teinte jaune des tissus disparaît rapidement, non seulement en raison de la quantité de bile éliminée, mais aussi de la matière colorante des urines. L'urée ne diminue que très faiblement, toujours pour la même raison : les cellules hépatiques ont à peu près conservé leur intégrité. Le résultat, c'est que la convalescence est franche et rapide et qu'elle n'est entravée par aucun épiphénomène ; pas d'accès de fièvre, pas la moindre indisposition.

### Observation XIV.

*Fièvre inflammatoire à un degré intense, en temps d'épidémie, au Maroni.*

Giran, soldat d'infanterie de marine, 38 mois de Guyane. N'a jamais été malade, excepté aux Iles du Salut où il a fait 22 jours d'hôpital pour point hépatique sans fièvre.

Se trouve depuis six mois au Maroni où il avait déjà fait un précédent séjour, en 1875, sans être malade.

Le 9 octobre 1877, entre à l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni. Le 8 au soir, étant à la caserne, a été pris brusquement d'un frisson qui a duré deux heures, suivi de chaleur et d'une légère transpiration. Céphalalgie violente ; courbature générale. La douleur des reins était tellement forte, qu'elle l'empêchait de se tenir debout.

A son entrée les yeux sont douloureux ; les pupilles dilatées ; la langue

est sale au centre et légèrement rouge sur les bords; pas de nausées; pas de vomissements; pas de selles. 8 heures du matin. T. 39; pouls à 100; respiration à 24. *Prescription :* Chocolat, bouillon, lait, albumineuse, sulfate de magnésie 30 gr.; potion : aconit et digitale; potion : extrait de quinquina 2 gr. noix vomique 10 gouttes.

Midi. T. 39,4. 4 heures du soir. T. 39,6; pouls à 90; respiration à 24. Facies animé; yeux injectés; pupilles dilatées. La céphalalgie est un peu moins forte. Aucune douleur à l'épigastre, ni à la rate, ni au foie. La langue est plus rouge sur les bords que ce matin; pas de selles avec le purgatif. Urines assez abondantes; anneau albumineux très léger, à peine perceptible; quinine 1 gr. 50. 8 heures du soir. T. 39,2. Minuit. T. 38.

10 octobre. 4 heures du matin. T. 37,6. 8 heures. T. 37,2; pouls à 72. La nuit a été assez bonne. La langue est toujours rouge sur les bords; les yeux sont un peu injectés; les pupilles dilatées. Les urines sont jaunâtres et ne contiennent pas d'albumine; 3 selles gris-noirâtre assez abondantes. *Prescription :* Chocolat, bouillon, lait, albumineuse; quinine 1 gr. 50; potion : aconit et digitale.

Midi. T. 37,2. 4 heures du soir. T. 37,6; pouls à 80. 8 heures du soir. T. 38,6. Minuit. T. 38,4.

11 octobre. 4 heures du matin. T. 38,6. 8 heures du matin. T. 38,2; pouls à 64. La peau est chaude et sèche; se plaint de mal de tête. Un litre d'urine, sans albumine. Midi. T. 38,2. 4 heures du soir. T. 39,4; pouls à 80, fort, dur, rebondissant; respiration à 20. Langue tremblotante, toujours un peu rouge; légère teinte jaune des yeux avec injection. Facies jaunâtre; céphalalgie assez forte. Le mal de reins qui avait cessé a reparu dans la journée; pas d'agitation. La peau est très chaude, mais moite; légère transpiration; pas de vomissements, pas de selles. 8 heures du soir. T. 40. Minuit. T. 39,4.

12 octobre. 4 heures du matin. T. 39. 8 heures du matin. T. 38,6; pouls à 60, dur, vibrant. Respiration à 20; a assez bien dormi; pas d'agitation; teinte subictérique de la peau et des conjonctives. La langue est toujours sale; l'odeur de l'haleine est forte; aucune douleur à l'épigastre ni aux hypochondres; pas de matité ni à gauche ni à droite; ne se plaint que du mal de reins; 3 selles gris-noirâtre assez abondantes. Urines jaune-pâle, ni bile, ni albumine; urée, 23 gr. par litre. *Prescription :* Chocolat, bouillon, lait, albumineuse; potion : quinine 1 gr. 50, sirop diacode 30 gr.; potion : aconit et digitale; potion : extrait de quinquina 2 gr. noix vomique 10 gouttes.

Midi. T. 39. 4 heures du soir. T. 40; pouls à 80; respiration à 24. Les yeux sont injectés et les paupières tuméfiées; la face est jaunâtre et rouge par places; les deux teintes paraissent confondues. La langue est sale, hu-

mide, tremblotante; pas d'envies de vomir; ne se plaint de douleurs que dans les yeux et les reins. 8 heures du soir. T. 40,2. Minuit. T. 39,4.

13 octobre. 4 heures du matin. T. 38,8. 8 heures du matin. T. 38,6; pouls à 76; respiration à 20. Figure jaune-pâle; la teinte rouge a disparu. Le ventre est souple; pas de gargouillements. La douleur des reins persiste. Selles gris-noirâtre, ardoisées. Urines abondantes, un litre; elles contiennent un peu d'albumine; pas de bile; urée 28 gr. 30 par litre. *Prescription :* Chocolat, bouillon, lait, albumineuse; potion : quinine 1 gr. 50; sirop diacode 30 gr.; potion : aconit et digitale; potion à la noix vomique.

Midi. T. 39. 4 heures du soir. 39,4; pouls à 64; respiration à 20. Un peu d'agitation et pas de transpiration; teinte jaune de la face; se plaint toujours de la tête et des reins. 8 heures du soir. T. 39,4. Minuit T. 39,4.

14 octobre. 4 heures du matin. T. 37,8. 8 heures du matin. T. 37,4; pouls à 60; respiration à 20. La nuit a été bonne; a mouillé 3 chemises dans la nuit : une selle gris-noirâtre. Urines 800 gr., pas d'albumine; urée 24 gr. par litre et 19 gr. 20 pour 800 gr. Même prescription. Midi. T. 37,4. 4 heures du soir. T. 37,2; pouls à 56; respiration à 20. Apparition de bourbouilles sur le corps; teinte jaune-pâle de la peau. 8 heures du soir. T. 37,2. Minuit. T. 37.

15 octobre. 4 heures du matin. T. 37,6. 8 heures du matin. T. 36,4; pouls à 44; respiration à 18. A bien dormi; n'accuse pas de douleurs; teinte à peine jaune des conjonctives; urines, 800 gr.; pas d'albumine; urée 19 gr. 50 par litre et 15 gr. 60 pour 800 gr. Midi. T. 36,6. 4 heures du soir. T. 36,8; pouls à 44; respiration à 20. 8 heures du soir. T. 36,6. Minuit. T. 36,6.

16 octobre. 8 heures du matin. T. 36,8; pouls à 40; respiration à 22. Urines normales, 750 gr. depuis hier matin; pas d'albumine. Midi. T. 36,6. 4 heures du soir. T. 36,6; pouls à 56. Légère moiteur; la langue est encore rouge et tremblotante; légère teinte jaune des conjonctives; teinte pâle de la peau. Etat général très bon; ne se plaint de rien; accuse de l'appétit; pas de selles. 8 heures du soir. T. 36,4. Minuit. T. 36,4.

17 octobre. 4 heures du matin. T. 36,6. 8 heures du matin. T. 36,8; pouls à 44. Pas de douleur; urines abondantes, 1500 gr. Midi. T. 36,8. 4 heures du soir. T. 37; pouls à 76. 8 heures du soir. T. 36,8. Minuit. T. 36,8.

18 octobre. 4 heures du matin. T. 36,8. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 56; urines 2 litres, normales. Midi. T. 37. 4 heures du soir. T. 37; pouls à 60. 8 heures du soir. T. 37.

19 octobre. 4 heures du matin. T. 37. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 76; 2 litres d'urine. 4 heures du soir. T. 37. 8 heures du soir. T. 37 Minuit. T. 37.

20 octobre. 4 heures du matin. T. 37. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 64. 4 heures du soir. T. 37; pouls 90.

21 octobre. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 90. Teinte encore jaune des conjonctives, surtout dans les culs-de-sac. Urines abondantes, 2 litres. 4 heures. du soir. T. 37.

22 octobre. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 90. 4 heures du soir. T. 37.

23 octobre. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 100. 4 heures du soir. T. 38.6; pouls à 90. A déjeuné ce matin comme à l'habitude; vers deux heures a senti la tête un peu chaude et s'est couché en accusant une chaleur interne générale. Ne se plaint que de la tête; les yeux sont jaunes et les pupilles dilatées; pas de vomissements, pas de selles depuis hier; les urines examinées à 4 heures ne contiennent que 6 gr. 78 d'urée par litre. 8 heures du soir. T. 40,2. Minuit. T. 37,8.

24 octobre. 4 heures du matin. T. 37,2. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 84. Se trouve mieux ce matin; a bien dormi; ne se plaint de rien; figure jaunâtre; yeux jaunes. On constate une légère induration dans le creux de l'aisselle; un litre d'urine depuis hier soir. 4 heures du soir. T. 38,2. Minuit. T. 37,4.

25 octobre. 4 heures du matin. T. 36,8. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 84. Les urines, hier soir, ne contenaient pas d'albumine et donnaient: urée 10 gr. 80 par litre et 25 gr. pour 2 kilos 500 environ qu'il avait uriné en 24 heures. Se trouve bien; les conjonctives sont à peine jaunes; 1500 grammes d'urine depuis hier matin. Midi. T. 37. 4 heures du soir. T. 37,-; pouls à 72. 8 heures du soir. T. 37,4. Sort guéri le 3 novembre 1877.

Cette observation est encore remarquable à plusieurs points de vue. On peut suivre la marche de la fièvre dès le début; on note la rémission très manifeste du 3e jour qui est suivie, malgré l'administration régulière de la quinine, d'une fièvre subcontinue pendant 3 jours. On voit l'albumine, en faible quantité il est vrai, apparaître dans les urines dès le soir du 2e jour et disparaître complètement pour ne réapparaître qu'un instant le 6e jour. L'urée a subi une diminution, mais dans des proportions assez faibles.

Nous avons encore ici une preuve du temps assez long pendant lequel l'organisme reste soumis à l'influence morbifique. La convalescence semble terminée et, subitement vers le 15e jour, on remarque l'inertie des organes et l'anéantissement des fonctions qui se révèlent par un malaise général, absence de sueurs et de selles, diminution considérable de la proportion d'urée dans les urines, puisqu'on voit ce chiffre tomber à 6 gr. 78 par litre. Tous ces symptômes sont suivis et accompagnés d'un accès de fièvre qui ne peut guère être considéré comme un accès palu-

déen; et à cause de sa marche ascensionnelle et des symptômes concomitants, mais qui n'est que le résultat d'un lapsus de la force d'innervation sous l'influence des agents septiques dont la présence dans l'organisme est encore manifeste par l'induration des ganglions axillaires.

## 2° FORME INSIDIEUSE.

Dans cette forme, la fièvre est plus instense et plus persistante, la stupeur est plus grande; les phénomènes dits typhoïdes sont plus marqués, de sorte qu'on conçoit, en voyant les malades de cette catégorie, que de nombreux médecins aient cru pouvoir caractériser ces cas du nom de fièvre typhoïde. C'est ainsi que Amic, Arnoux et tous les contemporains de Dutrouleau appelaient le degré intense de la fièvre inflammatoire à forme insidieuse du nom de fièvre typhoïde. — Il s'ensuivit que Dutrouleau contesta l'existence de la véritable dothinentérie aux Antilles, parce que les exemples qu'on lui présentait n'étaient pas probants. Nous discuterons plus loin ce point important et nous verrons si l'on peut rapporter à la fièvre inflammatoire intense à forme insidieuse ces atteintes décorées de noms si bizarres et si variés qui ne sont faits que pour embrouiller l'esprit. Nous verrons si les rémittentes bilieuses, les mauvaises fièvres, certaines fièvres pernicieuses peuvent se rapporter à la maladie que nous décrivons, ou si ce sont bien des entités morbides spéciales.

C'est sourtout à cette forme insidieuse du troisième degré que se rapportent ces cas à longue portée, présentant certains phénomènes assez variés et des caractères typhiques assez marqués.

### Observation XV.

*Fièvre inflammatoire intense de longue durée et à forme insidieuse, en temps ordinaire, au Maroni.*

Lambusca, âgé de 18 ans, élève mécanicien; mulâtre originaire de Cayenne; n'a jamais quitté la Guyane; se trouve depuis deux mois au Maroni, où il travaille à l'usine de Saint-Maurice.

Entre à l'hôpital de Saint-Laurent-du-Maroni, le 14 août 1877. Malade depuis le 10 août. A été pris subitement de fièvre avec frisson, mal dans

la tête, les reins et les cuisses; éprouvait en même temps des coliques. Les ganglions cruraux et inguinaux des deux côtés sont engorgés et douloureux. A Cayenne, avait eu déjà des poussées de cette nature, mais l'engorgement des ganglions n'avait jamais été si prononcé.

A son entrée, le 14 au matin, on constate de la fièvre; teinte jaune des conjonctives; douleur violente à l'estomac. Vomissements bilieux et aqueux, les ganglions sont indurés, mais autour des masses ganglionnaires, il existe une masse molle qui paraît d'une nature gélatineuse; ces symptômes sont plus marqués du côté gauche. 8 heures du matin. T. 40. 4 heures du soir T. 40,6. *Prescription* : Bouillon, feuilles d'oranger, ipéca 1 gr. 50.

15 août. 8 heures du matin. T. 39. A eu des selles très abondantes, jaunes et fétides avec le vomitif. Urines assez abondantes. La langue est rouge, dépouillée d'épithélium à la pointe; agitation continuelle; chaleur cutanée très grande. *Prescription :* Bouillon, feuilles d'oranger, sulfate de magnésie 45 gr., limonade tartarisée à 20 gr., quinine 0 gr. 50, potion morphinée à 30. gr.

4 heures du soir. T. 39,6.

16 août. 8 heures du matin. T. 39. Se plaint des reins et du bas-ventre; langue rouge à la pointe. Les urines sont jaunes; avec l'acide azotique on constate un anneau blanchâtre teinté de bleu à la partie inférieure; urée 7 gr. 98 par litre. *Prescription :* Orge bicarbonnatée 2 gr., potion : extrait de quinquina 2 gr.. noix vomique 10 gouttes, 20 sangsues sur les glandes.

4 heures du soir. T. 39,5; pouls à 80. La soif est moins vive; la douleur à l'épigastre est moins forte, mais persiste. Liseré gingival blanchâtre très marqué. Il semble exister un peu d'érythème du scrotum, mais il est difficile à percevoir, à cause de la couleur du sujet. Le sang des sangsues est difficile à arrêter. Pas de vomissements dans la journée; selles faciles, liquides et noirâtres; urines abondantes.

17 août. 8 heures du matin. T. 39; pouls à 104. Nuit très agitée, sans sommeil, les piqûres de sangsues saignent encore et donnent un liquide jaunâtre sentant mauvais; les conjonctives sont très jaunes; liseré gingival très marqué; langue moins rouge à la pointe; les urines sont très jaunes; avec l'acide azotique, on détermine un anneau transparent, formé de trois parties, l'une supérieure blanchâtre, l'autre moyenne verdâtre, la troisième inférieure d'un rose-violet; urée 11 gr. 40 par litre. *Prescription :* Bouillon, lait, orge bicarbonatée; potion : aconit et digitale 20 gouttes ãã; potion : extrait de quinquina 2 gr., noix vomique 10 gouttes; lavement : décoction de quinquina 200 gr., quinine 1 gr. acide phénique 2 gouttes; huile de ricin 20 gr.

4 heures du soir. T. 39; pouls à 112. L'agitation continue; les piqûres de sangsues ont encore saigné; deux selles grisâtres; se plaint de douleurs dans tout le corps; ballonnement considérable du ventre.

18 août. 8 heures du matin. T. 39,2; pouls à 100. Nuit agitée; conjonctives très jaunes; la langue est belle; l'enduit gingival existe; l'érythème scrotal est très marqué; la peau du scrotum est parcheminée et il existe même des croûtes. Les tumeurs crurales ont un peu diminué; il s'écoule toujours du sang d'une odeur repoussante; le ventre est moins ballonné; vomissements aqueux; urines abondantes, jaunes; avec l'acide azotique on obtient une couche verdâtre peu épaisse et au-dessous une teinte rose; urée 11 gr. 40 par litre.

4 heures du soir. T. 39,4; pouls à 112. Anxiété très grande; agitation; les idées sont moins nettes; les piqûres de sangsues ont encore saigné; odeur très forte de tout le corps. Un peu d'épigastralgie; pas d'envies de vomir; soif toujours vive; la langue est nette; un peu de hoquet; les urines deviennent moins abondantes. 8 heures du soir. T. 39; pouls à 44. État d'affaisement complet; ne peut répondre aux questions; quelques envies de vomir suivies de crachats glaireux.

19 août. 8 heures du matin. T. 38; pouls à 100; respiration à 40. La nuit a été agitée. La langue est sèche; le ventre un peu moins ballonné; urines jaunes assez abondantes; traces de bile, pas d'albumine; urée 13 gr. 98 par litre.

4 heures du soir. T, 39; pouls à 102; respiration à 40. Le ventre est encore ballonné; a eu quatre selles liquides mélangées de matières dures, en boules, très fétides.

20 août. 8 heures du matin. T. 38,6; pouls à 100; respiration à 36. A eu un peu de délire dans la nuit; les conjonctives sont moins jaunes; la langue est belle; les lèvres sont tuméfiées et présentent de l'herpés. Le ventre est douloureux et encore distendu. Il existe des croûtes sur le scrotum; selles très abondantes et très fétides dans la nuit; a uriné près de 1,800 gr. depuis hier matin; elles sont toujours jaunes; on ne constate aucune trace de bile ni d'albumine; urée 11 gr. 40 par litre.

4 heures du soir. T. 39,7; pouls à 112; respiration à 44. Se trouve plus affaissé. La respiration est assez régulière, mais précipitée et entrecoupée parfois par de grandes inspirations; la langue reste belle; pas de vomissements; se plaint toujours du bas-ventre; éprouve de la difficulté pour avaler et un peu de brûlure à la gorge. 8 heures du soir. T. 39,4.

21 août. 8 heures du matin. T. 39; pouls à 108; respiration à 44. La nuit a été meilleure, pas de délire. Ce matin parait plus calme; les idées sont plus nettes. Les conjonctives sont toujours jaunes; la langue est belle; plus de brûlure à la gorge; le ventre est moins tendu; les aines sont encore douloureuses; la tumeur qui existe à la région crurale du côté gauche présente un point de fluctuation; du côté droit l'induration de la cuisse est moins prononcée, mais il existe une masse molle, volumineuse, parsemée de ganglions tout le long de l'arcade de Fallope. A uriné près

d'uu ..tre depuis hier soir; avec l'acide, anneau violet surmonté d'une très légère teinte verdâtre; urée 13 gr. 68 par litre. 4 heures du soir. T. 40. pouls à 116; respiration à 40. 8 heures du soir. T. 40,2.

22 août. 8 heures du matin. T. 38,8; pouls à 108; respiration à 44. Nuit mauvaise, a eu du délire; les lèvres sont tuméfiées et remplies de boutons, ainsi que le nez.

L'empâtement des aines est toujours considérable; une scarification a été faite pour détendre la peau et il s'écoule du sang noir; urines toujours abondantes, 2 litres depuis hier soir; anneau rose avec l'acide; urée 13 grammes 68 par litre. *Prescription:* Bouillon, albumineuse; potion: extrait de quinquina 2 gr., noix vomique 10 gouttes; potion: aconit et digitale; Madère 100 gr. paquets: rhubarbe 0,50, magnésie 0,50 cent.; lavement; décoction de quinquina 200 gr., quinine 1 gr., acide phénique 2 gouttes; frictions à l'alcoolat de menthe et à l'acide phénique.

4 heures du soir. T. 40,6; pouls à 120. Peau brûlante, langue sèche, ventre ballonné; grande agitation; respiration anxieuse. 8 heures du soir. T. 40,1; pouls à 116; respiration à 44.

23 août. 8 heures du matin. T. 38,8; pouls à 116; respiration à 44. La nuit a été assez bonne. Les conjonctives sont moins jaunes; peau toujours sèche et chaude; langue sèche; croûte dans le nez, sur les lèvres et sur d'autres parties du corps: le scrotum se dépouille de son épiderme et les croûtes tombent. Les urines sont toujours abondantes; anneau brun avec l'acide et on devine une légère couche verdâtre au-dessous; urée 11 gr, 40 par litre.

4 heures du soir. T. 39,6; pouls à 108, mou, dépressible; respiration régulière à 40. Peau moins brûlante et moins sèche; la langue est encore cotonneuse, mais moins rôtie. 6 heures du soir. T. 40,2. Minuit. T. 40,6.

24 août. 8 heures du matin. T. 39,4; pouls à 112; respiration à 36. Hier soir, en sortant du bain, a été pris d'un violent frisson suivi d'une chaleur intense avec envies de vomir. A minuit, on a donné de l'huile de ricin. Depuis ce moment a eu 4 selles jaunes comme de l'or, fétides. Se trouve mieux ce matin; s'intéresse à tout ce qui se passe autour de lui; la respiration est plus calme; les yeux sont moins jaunes. Se plaint d'une grande faiblesse dans les jambes. Les urines sont encore jaunes, 2 litres depuis hier; on observe ce matin avec l'acide un anneau blanchâtre.

4 heures du soir. T. 40; pouls à 116; respiration à 40. 8 heures du soir. T. 40.

25 août. 8 heures du matin. T. 39,2. Nuit bonne; soif moins vive; les masses inguinales sont toujours empâtées; il semble se faire une petite collection de pus du côté gauche; le ventre est encore ballonné; urines toujours abondantes; urée 15 gr. 96 par litre.

Midi. T. 40. 4 heures du soir. T. 40,2; pouls à 116: respiration à 40.

La langue se nettoie et devient humide ; le nez est obstrué par des croûtes. 8 heures du soir. T. 40,6.

26 août. 8 heures du matin. T. 39 ; pouls à 116 ; respiration à 40. Nuit très agitée ; un peu de délire ; mal de tête ; soif très vive ; grande chaleur. Se plaint beaucoup de mal à la gorge, sensation de brûlure en avalant.

Midi. T. 39,4. 4 heures du soir. T. 39,8 ; pouls à 120 ; respiration à 4.. Les urines sont encore assez abondantes, un litre et demi environ, elles donnent 14 gr. 82 d'urée par litre. Depuis hier matin, elles contiennent de l'albumine en quantité très appréciable, pas de traces de bile ; les selles sont noirâtres et semblent contenir des traces de sang ; le scrotum est blanchâtre et dépouillé ; quand on pratique des incisions sur les masses ganglionnaires, au lieu de pus, il sort du sang noirâtre ; on fait des applications de pointes de cautère sur ces masses. 8 heures du soir. T. 40.

27 août. 8 heures du matin. T. 38,2 ; pouls à 104 ; respiration à 36. Se plaint baucoup de la difficulté qu'il éprouve à avaler. Les conjonctives ne sont presque plus jaunes. La langue est belle et le ventre n'est plus douloureux et à peine ballonné. Urines moins abondantes, un litre environ en 24 heures ; urée 13 gr. 68 ; anneau albumineux ; pas de bile. Même prescription, citrate de magnésie à 50 gr.

Midi. T. 39,4. 4 heures du soir. T. 39,8 ; pouls à 116. Les tumeurs du côté gauche sont très douloureuses ; une incision cruciale, faite sur le point le plus saillant, montre que les tissus sont lardacés ; il ne s'écoule pas de pus, mais un sang noir, très fétide. 8 heures du soir. T. 39.

28 août. 8 heures du matin. T. 38,6 ; pouls à 112 ; respiration à 36. Les urines sont jaunes et abondantes ; traces d'albumine ; urée 13 gr. 21 par litre. Le dépôt des urines, examiné au microscope, ne fait découvrir aucun tube fibrineux ; on remarque quelques bactéridies, mais le flacon de l'urine était resté débouché dans la salle.

Midi. T. 39,6. 4 heures du soir. T. 39,2 ; pouls à 100 ; respiration à 40. Une incision faite sur le point le plus saillant de la tumeur longeant l'arcade de Fallope du côté gauche, a donné lieu à un écoulement de pus sanieux assez considérable. Une incision sur les tumeurs crurales n'a donné lieu qu'à du sang noir marquant à peine le linge en une tache rose autour de laquelle le linge est mouillé en blanc. 8 heures du soir. T. 39.

29 août. 8 heures du matin. T. 38,2 ; pouls à 106. L'état général est bon ; langue sale ; les conjonctives sont pâles ; les selles deviennent plus épaisses ; un des boutons du nez a saigné ce matin et on ne pouvait pas arrêter le sang. Urines toujours abondantes, 1500 gr. ; urée 12 gr. 54. *Prescription* : Demi-quart à volonté, trois quarts de vin, albumineuse : potion au quinquina et à la noix vomique ; potion : aconit et digitale ; Madère 100 gr. ; lavement avec quinine 1 gr. ; 200 gr. de décoction de quinquina et 2 gouttes d'acide phénique.

Midi. T. 39. 4 heures du soir. T. 39,2; pouls à 108. Un peu de gonflement des lèvres et du nez. 8 heures du soir T. 39,8.

30 août. 8 heures du matin. T. 39,2; pouls à 116; respiration à 36. Délire et agitation dans la nuit. Hier soir, à 8 heures, des incisions ont été pratiquées sur les tumeurs et il s'est écoulé une grande quantité de sang putréfié. Ce matin la peau est toujours sèche et rude; il existe des cloches en certains endroits, mais la couleur foncée du sujet ne permet pas de voir les taches qui peuvent exister; l'haleine est moins fétide, mais l'odeur du pus et du sang est repoussante. Sensation de brûlure à la gorge en avalant; les conjonctives ne sont plus jaunes; la langue est belle; hier a eu quelques envies de vomir; la face et les membres présentent du gonflement œdémateux. Les urines contiennent de l'albumine et urée 13 gr. 68 par litre. Même prescription : citrate de magnésie à 40 gr.

Midi. T. 39,6. 4 heures du soir. T. 40; pouls à 120; respiration à 44. Le malade exhale de tout son corps et surtout des aines une odeur de pourri; somnolence; repond aux questions, mais avec incertitude; un peu de stupeur; quelques soubresauts. 8 heures du soir. T. 39,6.

31 août. 8 du matin. T. 39; pouls à 120, faible, dépressible; respiration à 40; a eu des soubresauts pendant son sommeil. Ce matin la peau est moite; urines abondantes; anneau albumineux; urée 9 gr. 12 par litre. 4 heures du soir. T. 39,2; pouls à 108; respiration à 48. 8 heures du soir. T. 39.

1er septembre. 8 heures du matin. T. 37,6; pouls à 108; respiration à 32. Urines albumineuses; urée 12 gr. 54. Midi. T. 38. 4 heures du soir. T. 39; pouls à 112; respiration à 44. Tout le corps est œdématié. 8 heures du soir. T. 39.

2 septembre. 8 heures du matin. T. 38,2; pouls à 104; respiration à 36. La nuit a été bonne; se plaint d'une douleur semblable à une brûlure au sein gauche; le sein paraît normal; la rate n'est pas hypertrophiée; gargouillement au creux épigastrique et du côté gauche; un litre d'urine; albumine, sans bile; urée 9 gr. 12 par litre. Même prescription, citrate de magnésie à 60 gr.

Midi. T. 39. 4 heures du soir. T. 40,2; pouls à 120; respiration à 52; soif assez vive dans la journée; la faim est devenue plus forte; peau brûlante et sèche. La douleur de côté a disparu, mais la médecine gazeuse a déterminé, par son passage au pharynx, une sensation de brûlure. 8 heures du soir. T. 39.

3 septembre. 8 heures du matin. T. 38,4; pouls à 100; respiration à 36. Un litre et demi d'urine; albumine en quantité notable; urée 9 gr. 12 par litre. Midi. T. 39. 4 heures du soir. T. 39,4; pouls à 116; respiration à 44. 8 heures du soir. T. 39.

4 septembre. 8 heures du matin. T. 38; pouls à 100; respiration à 32.

Un peu de bouffissure de la face et des membres; il existe une plaie à la fesse du côté droit; urines albumineuses; urée 9 gr. 12.

Midi. T. 38,4. 4 heures du soir. T. 38,6; pouls à 88; respiration à 40; Ecoulement considérable de pus et de sérosité; les tumeurs s'affaissent. odeur de pourri quand on panse les plaies. 8 heures T.. 39.

5 septembre. 8 heures du matin. T. 39; pouls à 104; respiration à 40. Depuis deux jours ressent la faim et demande à manger à tout le monde. Hier soir s'est fait donner du pain et de la viande qu'il a mangés; cette nuit a eu le délire; urines fortement albumineuses; urée 12 gr. 54. Même prescription, huile de ricin 30 gr.

Midi. T. 39,2 heures du soir. T. 38; pouls à 104. 8 heures du soir. T. 39.

6 septembre. 8 heures du matin. T. 38; pouls à 104; respiration à 32. A eu quelques cauchemars dans la nuit; le ventre n'est plus ballonné; matité assez prononcée à gauche semblant due à la rate; le gonflement de la face et des membres a disparu. La peau n'est plus tendue et paraît collée aux os. Les tumeurs inguinales s'affaissent; du côté droit, la tumeur s'affaisse sans suppurer; du côté gauche il y a écoulement considérable de pus et de sérosité; la partie saillante est toujours lardacée et proéminente. Urines albumineuses; urée 14 gr. 82. Midi. T. 39. 4 heures du soir. T. 39; pouls à 88; respiration à 40. 8 heures du soir. T. 39.

7 septembre. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 88; respiration à 36. Le ventre est souple; la matité splénique paraît moins prononcée; urines albumineuses; urée 8 gr. 55. Midi. T. 40. 4 heures du soir. T. 40; pouls à 108; respiration à 52. Vers 11 heures a ressenti beaucoup de chaleur; soif vive; peau chaude; pas de douleur; pas de délire. 8 heures du soir. T. 40.

8 septembre. 8 heures du matin. T. 37,4; pouls à 100; respiration à 28; 800 gr. d'urine dans la nuit; a un peu transpiré. *Prescription :* régime à volonté, trois quarts de vin, feuilles d'oranger, huile de ricin 20 gr.; potion : décoction de quinquina 200 gr., noix vomique 10 gouttes, vin de Bordeaux 100 gr.; potion : quinine 1 gr. sirop diacode 30 gr.; madère 100 gr.; potion : aconit, 20 gouttes, digitale 20 gouttes, sirop phéniqué 30 gr.

Midi. T. 38,4. 4 heures du soir. T. 38,4; pouls à 100; respiration à 36. Ce soir les urines contiennent de l'albumine et donnent 9 gr. 12 d'urée. 8 heures du soir. T. 39.

9 septembre. 8 heures du matin. T. 37,2; pouls à 88; respiration à 20. Il existe un peu de gonflement et d'empâtement au niveau du sein gauche; les urines contiennent de l'albumine en quantité notable et urée 11 gr. 40. Midi. T. 38,4. 4 heures du soir. T. 39; pouls à 104; respiration à 36. 8 heures du soir. T. 38,8.

10 septembre. 8 heures du matin. T. 37,2; pouls à 108; respiration à 32. Un peu de bouffissure de la face et des membres; albumine dans les

urines. *Prescription :* régime à volonté, trois quarts de vin, albumineuse, madère. 100 gr. ; potion : décoction de quinquina 200 gr., noix vomique 11 gouttes, vin de Bordeaux 400 gr.

Midi. T. 39. 4 heures du soir. T. 39,2 ; pouls à 104 ; respiration à 24. 8 heures du soir. T. 39.

11 septembre. 8 heures du matin. T. 37 ; pouls à 96 ; respiration à 28. Urines albumineuses, huile de ricin 20 gr. Midi. T. 39. 4 heures du soir. T. 39,2. 8 heures du soir. T. 39.2.

12 septembre. 8 heures du matin. T. 37,4 ; pouls à 88 ; respiration à 24. Midi. T. 39. 4 heures du soir. T. 38,8. 8 heures du soir. T. 38,8.

13 septembre. 8 heures du matin. T. 37,6. Midi. T. 38,6. 4 heures du soir. T. 39. Commence un peu à se lever ; n'éprouve pas de frissons et ne sent la fièvre que par un peu de chaleur. 8 heures du soir. T. 38,8.

14 septembre. 8 heures du matin. T. 37,2 ; pouls à 100 ; respiration à 20. Dort bien ; pas de rêves ; la bouffissure disparaît ; urines toujours abondantes. Midi. T. 38. 4 heures du soir. T. 39 ; pouls à 100.

15 septembre. 8 heures du matin. T. 40,1 ; pouls à 116 ; respiration à 36. Nuit mauvaise ; a poussé des cris et a eu du délire ; soif vive ; pas de matité du côté de la rate. Potion avec sirop d'ipéca 40 gr.

Midi. T. 39,6. 4 heures du soir. T. 40 ; pouls à 116 ; respiration à 32. Depuis quelques jours éprouve des envies de vomir. 8 heures du soir. T. 39.

16 septembre. 8 heures du matin. T. 37,2 ; pouls à 100 ; respiration à 28. A dormi dans la nuit ; la bouffissure du visage disparaît. Écoulement très abondant de pus blanchâtre et de sérosité très fétide. Les urines contiennent beaucoup d'albumine et urée 15 gr. le dépôt d'urines examiné au microscope ne contient pas de tubuli ; il existe beaucoup d'urates et d'acide urique.

Midi. T. 38,6. 4 heures du soir. T. 39 ; pouls à 108 ; respiration à 32. Écoulement très abondant de liquide séro-purulent par les tumeurs du côté droit. 8 heures du soir. T. 38,8.

17 septembre. 8 heures du matin. T. 37,2 ; pouls à 101 ; respiration à 24. La bouffissure du corps et de la jambe gauche a disparu ; la cuisse droite est encore tuméfiée et l'on croirait sentir en même temps que l'empâtement un peu de crépitation. Écoulement très abondant d'un pus blanc-jaunâtre mal lié et d'une odeur très mauvaise. Midi. T. 38,6. 4 heures du soir. T. 39. 8 heures du soir. T. 40.

18 septembre. 8 heures du matin ; T. 36,4 ; pouls à 100 ; respiration à 28. Une nouvelle incision sur la partie supérieure de la tumeur du côté droit a donné lieu à un écoulement de liquide sanieux et très fétide. Midi. T. 38,6. 4 heures du soir. T. 39 ; pouls à 108 ; respiration à 32. 8 heures du soir. T. 39.

19 septembre. 8 heures du matin. T. 37. A eu le sommeil agité ; l'écou-

lement est toujours abondant et fétide. Midi. T. 37,4. 4 heures du soir. T. 38,4; pouls à 100; respiration à 24. Albumine dans les urines en quantité toujours considérable. 8 heures du soir. T. 38.

20 septembre. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 100; respiration à 20. Midi. T. 37,6. 4 heures du soir. T. 38; pouls à 92; respiration à 32. 8 heures du soir. T. 38.

21 septembre. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 92; respiration à 32. A bien dormi; écoulement toujours abondant. *Prescription :* régime à volonté, trois quarts de vin, vineuse, madère 100 gr.; potion tonique.

Midi. T. 37,2. 4 heures du soir. T. 38, 8 heures du soir 38.

22 septembre. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 104; respiration à 20. 4 heures du soir. T. 38. 8 heures du soir. T. 38.

23 septembre. 8 heures du matin. T. 37,4; pouls à 104; respiration à 24. Midi. T. 37,6. 4 heures du soir. T. 37,5; pouls à 104. 8 heures du soir. T. 37,6.

24 septembre. 8 heures du matin. T. 37,3; pouls à 104; respiration à 20. L'albumine existe toujours dans les urines, mais en plus faible quantité; l'état général est très bon. Midi. T. 37,2. 4 heures du soir. T. 38. 8 heures du soir. T. 37,6.

25 septembre. 8 heures du matin. T. 37,4; pouls à 100; respiration à 24. A bien dormi; les tumeurs s'affaissent, l'écoulement est moins considérable et moins fétide; les selles sont presque normales; l'albumine diminue beaucoup. Midi. T. 37,8. 4 heures du soir. T. 38. 8 heures du soir. T. 38.

26 septembre. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 104; respiration à 20 Midi. 37,6. 4 heures du soir. T. 37,6. Commence à se lever depuis trois jours. Se plaint de ne pas voir de l'œil droit. 8 heures du soir. T. 37,4.

27 septembre. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 100; respiration à 20. Les urines sont très pâles et très abondantes, 2 litres; l'albumine diminue, mais existe encore en certaine quantité Le testicule droit est un peu gonflé depuis quelques jours et un peu douloureux. Midi. T. 37,6. 4 heures du soir. T. 37,8; 8 heures du soir. T. 37,2.

28 septembre. 8 heures du matin. T. 37. Les tumeurs s'affaissent; l'écoulement diminue, l'albumine persiste dans les urines. Midi. 37,4. 4 heures du soir. T. 37,8; pouls à 100. 8 heures du soir. T. 37,4.

29 septembre. 8 heures du matin. T. 37,2. Midi. T. 37,2. 4 heures du soir. T. 37,4. 8 heures du soir. T. 37,2.

30 septembre. 8 heures du matin. T. 37,2; pouls à 100; respiration à 24. Se plaint encore de ne pas voir de l'œil droit; le testicule est toujours un peu douloureux et augmenté de volume; les urines deviennent pâles et contiennent de l'albumine en moins grande quantité. Midi. T. 37,2. 4 heures du soir. T. 37,4. 8 heures du soir. T. 38.

1er octobre. 8 heures du matin. T. 37,4. 4 heures du soir. T. 37,6.

2 octobre. 8 heures du matin. T. 37,8. Potion au sirop d'ipéca 40 gr. Midi. T. 38,6. 4 heures du soir. 39,6. 8 heures du soir. 39,4.

3 octobre. 8 heures du matin. T. 37,4; pouls à 116. Le testicule est moins gros et moins douloureux; a eu 7 ou 8 selles depuis hier soir, avec coliques. Midi. T. 40. 4 heures du soir. T. 40,4; pouls 120; respiration à 40. 8 heures du soir. T. 39,8.

4 octobre. 8 heures du matin. T. 37,6; pouls à 116. Midi. T. 39,4. 4 heures du soir. T. 37,8. 8 heures du soir. T. 39,4.

5 octobre. 8 heures du matin. T. 37,8. L'albumine augmente dans les urines; l'écoulement qui s'était supprimé du côté droit est revenu. Midi. 39,8. 4 heures du soir. T. 38,8. Un peu de gargouillement dans les fosses iliaques; rend beaucoup de gaz; 8 heures du soir. 39.

6 octobre. 8 heures du matin. T. 38. Urines rouges; albumine en grande quantité; 4 sangsues sur le cordon. Midi. T. 38. 4 heures du soir. T. 38,4. 8 heures du soir. 38,4.

7 octobre. 8 heures du matin. T. 38,2.. Les sangsues ont beaucoup saigné; le sang paraît très aqueux. Midi. T. 38,4. 4 heures du soir. T. 38,8. 8 heures du soir. T. 38.

8 octobre. 8 heures du matin. 37. La douleur du testicule a beaucoup diminué. Ces jours derniers, les urines étaient jaunes, très fétides et contenaient beaucoup d'albumine. *Prescription :* Chocolat, quart, trois quarts de vin, vineuse, liqueur de Pearson 3 gr.; potion tonique; huile de ricin 20 gr.

9 octobre. 8 heures du matin. T. 37,4. Il semble que l'albumine diminue. Midi. T. 38. 4 heures du soir. T. 37,4. 8 heures du soir. T. 37,4.

10 octobre. 8 heures du matin. 36,4. Midi. T. 39. 4 heures du soir. T. 37,4.

11 octobre. 8 heures du matin. T. 36,4. Midi. T. 37,4. 4 heures du soir. T. 37,6. Moins d'albumine dans les urines. 8 heures du soir. T. 37,4.

12 octobre. 8 heures du matin. T. 36,2. Midi. T. 37,2. 4 heures du soir. T. 37,4. Moins d'albumine. 8 heures du soir. T. 37,6.

13 octobre. 8 heures du matin. T. 36. Midi. T. 37. 4 heures du soir. T. 37,2. 8 heures du soir. 37,2.

14 octobre. 8 heures du matin. T. 37,4. Les tumeurs sont affaissées et ne coulent plus; le testicule est encore un peu douloureux. Midi. T. 37,6. 4 heures du soir. T. 37,4. L'albumine diminue d'une façon notable. 8 heures du soir. T. 37,6.

15 octobre. 8 heures du matin. T. 37. Midi. T. 37,6. 4 heures du soir. T. 37,6. L'albumine diminue beaucoup. 8 heures du soir. T. 37,6.

16 octobre. 8 heures du matin. T. 37. Commence à marcher; maigreur extrême; bon appétit. Les urines sont très pâles; plus de traces d'albumine dans les urines. 4 heures du soir. T. 37,4. 8 heures du soir. T. 37,4.

17 octobre. 8 heures du matin. T. 37. Les bubons ne suppurent plus; la cuisse n'est plus gonflée; plus de traces d'empâtement ni de bouffissure; l'appétit est bon ainsi que le sommeil; commence à se promener. Midi. T. 37,4. 4 heures du soir. T. 37,2. 8 heures du soir. T. 37,6.

18 octobre. 8 heures du matin. T. 37. 4 heures du soir. T. 37,8.

19 octobre. 8 heures du matin. T. 36,8. 4 heures du soir. T. 37,4.

20 octobre. 8 heures du matin. T. 36,8. 4 heures du soir. T. 37,4. Les urines sont jaunes et l'albumine a reparu en quantité notable; un peu de bouffissure du visage. Se plaint de ne pas voir de l'œil droit.

21 octobre. 8 heures du matin. T. 36,8. 4 heures du soir. T. 37. Les urines sont moins jaunes, mais contiennent de l'albumine.

22 octobre. 8 heures du matin. T. 36,8. 4 heures du soir. T. 37,2. Le testicule ne présente plus de gonflement; les tumeurs sont complètement affaissées et l'écoulement a cessé; l'appétit est très bon; les forces reviennent; commence à marcher; a eu 10 selles hier dans la nuit; l'albumine existe encore dans les urines sous forme d'anneau assez épais.

23 octobre. 8 heures du matin. T. 37. 4 heures du soir. T. 37,4. L'anneau albumineux est moins épais.

24 octobre. 8 heures du matin. T. 36,8. 4 heures du soir. T. 37,4.

25 octobre. 8 heures du matin. T. T. 36,8. 4 heures du soir. T. 37,6. Moins d'albumine dans les urines.

Sort le 27 octobre 1878. J'ai eu l'occasion de revoir ce jeune homme quelques mois plus tard, il était complètement rétabli et avait repris son embonpoint.

Cette observation si longue et si fastidieuse qu'elle soit à lire est cependant bien intéressante. Un jeune homme jouissant d'une bonne santé est pris subitement d'une fièvre continue pendant plus de trois semaines; la défervescence est hésitante et tous les jours on remarque une légère ascension thermique qui va cependant en diminuant. Tant que la convalescence n'a pas été bien établie, les conjonctives étaient jaunes; la douleur à l'estomac était forte; il y avait de la dysphagie; l'enduit pultacé des gencives était très marqué. Le scrotum a présenté des croûtes et s'est dépouillé. Le corps a présenté sur certaines parties de la desquamation. L'odeur de tout le corps était repoussante et ne pouvait se comparer qu'à une odeur de pourri. L'albumine qui manquait au début de la maladie quand déjà des symptômes graves existaient a apparu et a persisté pendant que la convalescence s'établissait. Il y a eu à un moment de la bouffissure du visage et des membres, mais il est impossible de songer à

une albuminurie pure et simple. C'est une albuminurie dyscrasique, de nature infectieuse. C'est le syndrôme d'une seule et même cause, morbifique, l'action d'un agent infectieux. L'albumine n'existait pas au début; il n'a pas été trouvé de tubuli dans les urines. Il faut remarquer la présence des bactéridies constatée dans l'urine d'un flacon exposé à l'air; ce qui prouve tout au moins qu'il existait des germes dans la salle et que ces germes se sont transformés dans l'urine en bactéridies. Ne serait-ce pas là une véritable culture naturelle, faite au hasard et semblable à celles que réalise M. Pasteur dans son laboratoire? Les glandes se sont prises et ont suppuré; cela n'a rien de surprenant chez des sujets si prédisposés aux adénites et aux lymphagnites; le testicule lui-même a augmenté de volume. L'urée s'est toujours maintenue a un chiffre assez élevé, parce que les organes ont toujours fonctionné à peu près régulièrement et je n'attribue la guérison du sujet qu'à son accoutumance à la cause morbide. Il a fait les frais de la maladie parce que ses organes peu impressionnés par la cause toxique ont eu le temps de rénover le liquide nourricier en partie altéré; on peut dire à priori que c'est une altération du sang par empoisonnement

## OBSERVATION XVI.

*Fièvre inflammatoire intense à forme insidieuse, en temps ordinaire, au Maroni.*

Jottrin, sergent-major de l'infanterie de marine, âgé de 37 ans, né à Beaulieu, département de l'Aube. Très forte constitution, 18 mois de Guyane. N'avait jamais été malade avant de venir à la Guyane. Se trouvait aux Iles-du-Salut pendant l'épidémie de 1877; avait été assez fortement atteint et avait fait 63 jours d'hôpital.

Arrivé au Maroni, le 11 août 1878.

Entré à l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni, le 27 août. Depuis le 22 se trouvait indisposé, mais s'était traité à sa guise à la caserne. Tous les soirs éprouvait un violent mal de tête avec envies de vomir.

A son entrée, l'agitation est très grande, la langue sale et chargée; la bouche mauvaise.

28 août. 8 heures du matin. T. 38. Les conjonctives sont un peu jaunes. Les urines sont légèrement rouges; aucune trace d'albumine, ni d'anneau brunâtre; urée 20 gr. 52 par litre. *Prescription:* Bouillon, feuilles d'oranger, sulfate de magnésie à 30 gr.

Midi. T. 38. 4 heures du soir. T. 40,9 ; pouls à 80. Vers 2 heures de l'après-midi a ressenti un peu de chaleur, mal à la tête ; pas de frisson, se plaint de ne pas dormir. 8 heures du soir. T. 39,6.

29 août. 8 heures du matin. T. 38,8, pouls à 100, nuit mauvaise, cauchemars et agitation. Langue sale, blanc-jaunâtre ; bouche mauvaise ; très léger liseré. Les yeux sont injectés et un peu jaunes, se plaint de mal à la tête. Le ventre n'est pas douloureux, rien dans les hypochondres. Urines normales ; urée 19 gr. 38 par litre. *Prescription* : Bouillon, limonade émétisée à 0,10 cent., potion : extrait de quinquina 2 gr., noix vomique 10 gouttes ; potion : aconit et digitale ; lavement : décoction de quinquina à 200 gr., quinine 1 gr. 50, acide phénique 2 gouttes.

Midi. T. 39. 4 heures du soir. T. 39,8 ; pouls à 112, faible, dépressible, respiration à 32. Agitation et délire. Conjonctives jaunes ; peau froide et moite, 13 à 14 selles jaunes, assez fétides. 8 heures du soir. T. 39,8.

30 août. 8 heures du matin. T. 38 ; pouls à 120. Agitation très grande et délire dans la nuit. Ce matin, peau froide ; pouls petit ; teinte pâle de la face. Grande faiblesse, pas de douleur dans les hypochondres. Les urines sont abondantes, jaune-foncé ; anneau albumineux blanchâtre, légèrement brun au-dessous ; urée 15 gr 96 par litre. Citrate de magnésie 40 gr., frictions à l'alcoolat de menthe et à l'alcoolé phéniqué. 8 sangsues aux mastoïdes.

Midi. T. 38,6. 4 heures du du soir. T. 40,6 ; pouls à 124, dicrote. Ce matin, il existait sur le corps un exanthème papuleux ; des taches semblables à celles de la rougeole sur un fond blanc un peu élevé ; ce soir, elles ont disparu en même temps que la fièvre est devenue plus forte. Céphalalgie. Chaleur intérieure très grande, abattement général, sentiment de grande faiblesse. Le ventre n'est pas douloureux. Somnolence. La peau des extrémités est froide et contraste avec la température indiquée par le thermomètre. 8 heures du soir. T. 40. Minuit. T. 39,4.

31 août. 8 heures du matin. T. 40 ; pouls à 120, petit, très dépressible. Respiration à 36.

Délire toute la nuit ; commandait l'exercice et était toujours sur le point de sortir de son lit.

Ce matin, est un peu plus calme ; moins d'agitation, le mal de tête a disparu. Il existe des plaques violettes sur les deux joues et on remarque sur les avant-bras des taches rubéoliques, ne disparaissant pas sous la pression, elles existent en bien moins grand nombre qu'hier, il n'existe pas d'élevures. Les conjonctives sont injectées et jaunâtres ; les pupilles dilatées, les yeux sensibles à la lumière. La bouche est sèche ; la langue est sèche et noirâtre au centre, a uriné 2 litres environ depuis hier matin ; urines jaune-pâle, traces d'albumine, urée 11 gr. 77 par litre. Midi. T. 39,8.

4 heures du soir. T. 39,2; pouls à 120, petit, irrégulier et présentant des intermittences; les battements cardiaques sont faibles. Respiration à 20, calme, assez régulière, mais interrompue par de grandes inspirations. La journée a été assez bonne; le calme est plus grand, se trouve très bien des grands bains tièdes. Le corps présente une teinte jaune-pâle; taches rouge-violet sur les joues. Sécheresse de la gorge. Bourdonnements dans les oreilles. 8 heures du soir. T. 39.

1er septembre. 8 heures du matin. T. 38,6; pouls à 120, plus fort et plus régulier. La nuit a été bonne, pas de délire, faiblesse générale. Langue jaunâtre toujours chargée, conjonctives jaunes. Les taches n'ont pas reparu; les plaques violettes des joues sont moins accusées; soif vive. Urines abondantes, 2 litres par jour; pas d'albumine; urée 9 gr. 12 par litre. *Prescription :* Chocolat, bouillon, albumineuse, potion tonique, potion : quinine 1 gr., décoction de quinquina 200 gr., acide phénique 2 gouttes; potion : aconit et digitale; frictions à l'alcoolat de menthe et à l'alcoolé phéniqué. Citrate de magnésie 50 gr.

Midi. T. 39,4. 4 heures du soir. T. 39,8; pouls à 128; respiration 20. Grandes inspirations. Peau chaude et sèche. Taches rouge-violet sur les joues. Cauchemars dans la journée; un peu de délire; somnolence interrompue par un réveil brusque. Sécheresse à la gorge; cherche à expulser des crachats du pharynx. A 6 heures du soir, on administre 1 gr. 50 d'ipéca qui lui fait rendre des saburres et des glaires; très peu de bile. Sous cette influence, la peau devient moite et la langue se dépouille. 8 heures du soir. T. 39,6. Le pouls est un peu plus régulier, moins de mal de tête, selles jaunâtres et spumeuses. Minuit. T. 40; délire encore, n'a pas dormi.

2 septembre. 8 heures du matin. T. 39,8; pouls à 120, plus régulier et plus fort; respiration à 24, assez calme. Peau moite. La langue est dépouillée, cotonneuse à la pointe. Conjonctives jaunes; teinte pâle des téguments. Les plaques violettes des joues pâlissent. Le ventre n'est pas sensible. Pas de matité à la région splénique, ni du côté du foie. Urines abondantes, jaune-pâle, 2 litres par jour, ni bile, ni albumine; urée 7 gr. 12 par litre. *Prescription :* Chocolat, bouillon, quart de vin, albumineuse, potion tonique; potion au chlorhydrate d'amoniaque 3 gr., potion : aconit et digitale; frictions.

Midi. T. 39,4. 4 heures du soir. T. 38,6; pouls à 108, assez fort et régulier, plus de dicrotisme, ni d'intermittence. Respiration à 32, régulière. Toujours un peu de délire. Hier a eu des faiblesses en allant sur le vase; aujourd'hui peut mieux se tenir debout. La peau est un peu moite, pas de traces d'éruption. La langue est cotonneuse, mais moins rouge; se plaint moins de la gorge. 8 heures du soir. T. 39.

3 septembre. 8 heures du matin. T. 38,6; pouls à 88, intermittent par moments. Respiration à 20, calme et régulière. Un peu de délire dans la

nuit. Les idées sont plus nettes et la céphalalgie moins forte. Urines abondantes, près de 2 litres et demi, jaune-pâle; pas d'albumine; urée 3 gr. 99 par litre.

Midi. T. 38,6. 4 heures du soir. T. 38,6; pouls à 100. Langue humide, nette, mais un peu tremblotante. 8 heures du soir. T. 39.

4 septembre. 8 heures du matin. T. 38,2; pouls à 88. Respiration calme, régulière. Beaucoup moins de délire. La teinte jaune des conjonctives a disparu. Urines abondantes; pas d'albumine; urée 4 gr. 86 par litre.

Midi. T. 37. 4 heures du soir. T. 37,4; pouls à 88. L'état de stupeur diminue. 8 heures du soir. T. 38,8.

5 septembre. 8 heures du matin. T. 37,8; pouls à 80, régulier. Commence à se tenir sur les jambes. Urines très abondantes, près de 3 litres; pas d'albumine; urée 6 gr. 27 par litre.

Midi. T. 38,2. 4 heures du soir. T. 38; pouls à 80. Eprouve un peu de brûlure et de constriction à l'estomac. 8 heures du soir. T. 37,4.

6 septembre. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 84. Langue belle et humide. Urines jaunes, très abondantes, près de 2 litres et demi, tenant en suspension du mucus; urée 7,58 par litre. *Prescription* : Régime à volonté, trois quarts de vin, vineuse, vin de Bordeaux 100 gr.; potion : aconit, digitale et sirop phéniqué.

Midi. T. 37,6. 4 heures du soir. T. 37,8; pouls à 88. 8 heures du soir. T. 37,8.

7 septembre. 8 heures du matin. T. 37,2, pouls à 82. La langue est belle; l'appétit revient; a uriné 2 litres, urée 9 gr. 12 par litre.

Midi. T. 37,4. 4 heures du soir. T. 37,2; pouls à 80. 8 heures du soir. T. 37,2.

8 septembre. 8 heures du matin. T. 36,8; pouls à 76. Urines très abondantes; urée 7 gr. 98 par litre.

4 heures du soir. T. 37; pouls à 104.

9 septembre. 8 heures du matin. T. 36,6; pouls à 84. Les forces reviennent, les jambes ne sont plus faibles. Urines toujours abondantes.

4 heures du soir. T. 37; pouls à 100.

10 septembre. 8 heures du matin. T. 36,6; pouls à 84. Urines très-abondantes. 2 litres et demi environ en 24 heures. Urée 7 gr. 98 par litre.

4 heures du soir. T. 37; pouls à 104.

11 septembre. 8 heures du matin. T. 36,4; pouls à 80.

4 heures du soir. T. 37,2.

12 septembre. 8 heures du matin. T. 36,6; pouls à 80.

4 heures du soir. T. 37,4.

13 septembre. 8 heures du matin. T. 37.

4 heures du soir. T. 37,2.

14 septembre. 8 heures du matin. T. 36,2.

4 heures du soir. T. 37,2.

15 septembre. 8 heures du matin. T. 36,4. Faim canine; urée 15 gr. par litre dans les urines, 2 litres environ.

4 heures du soir. T. 37,2.

16 septembre. 8 heures du matin. T. 36; pouls à 76.

4 heures du soir. T. 37,4.

17 septembre. 8 heures du matin. T. 36,6. Urine 2 litres et demi à 3 litres par jour, urée 6 gr. 84 par litre.

4 heures du soir. T. 37,2.

18 septembre. 8 heures du matin. T. 36,4; pouls à 72.

4 heures du soir. T. 37,2.

19 septembre. 8 heures du matin. T. 36,4.

4 heures du soir. T. 36,4.

Sort complètement rétabli, le 19 septembre 1878.

Ce militaire a eu la fièvre jaune pendant l'épidémie des Iles-du-Salut. Il est atteint, dix-huit mois plus tard, d'une fièvre subcontinue, accompagnée de symptômes typhiques. Dans l'évolution de tous ces phénomènes, on ne peut découvrir le caractère paludéen. La quinine n'a été administrée que deux fois pendant le cours de la maladie et elle n'a fait qu'augmenter l'état d'agitation du malade; du reste, la convalescence s'est faite facilement, sans le secours du spécifique et on n'a eu à constater aucun accès de fièvre. Cet homme a donc eu la même maladie que les autres militaires qui étaient atteints en grand nombre à ce même moment, mais d'une manière légère. S'il a été pris plus fortement que les autres, je l'attribue à deux raisons: la première c'est que comme sergent-major il a pu se soigner à sa guise, sans prendre les précautions nécessaires pendant la première période de la maladie; la seconde, c'est que dès son entrée à l'hôpital il avait été placé par la sœur du service dans le lit qui servait de rechange au jeune malade qui fait l'objet de la précédente observation, au moment où la maladie était dans toute son intensité et la contagiosité à son maximum. Ainsi donc, une première atteinte de fièvre jaune ne préserve pas toujours et pour un temps indéfini de la fièvre inflammatoire; mais la seconde maladie présente toujours des caractères variés et différents et les organes qui n'ont pas perdu tout à fait toute assuétude, fonctionnent encore assez régulièrement, de telle sorte qu'on a des chances de voir s'amender,

comme par enchantement, les symptômes les plus graves, parce que les voies d'élimination ne sont pas fermées. En un mot, on peut avoir eu une atteinte de fièvre jaune ou de fièvre inflammatoire intense et être pris de nouveau, mais la seconde atteinte est toujours différente de la première, et guérit souvent quand le malade est bien soigné. Nous voyons dans ce cas particulier, malgré les symptômes graves qui se déroulent, les urines rester très abondantes, l'urée s'excréter en quantité très suffisante, parce que les organes ne sont pas frappés d'atonie.

Je ne veux point multiplier davantage les observations qui ne sont pas toujours la partie la plus agréable pour le lecteur. Elles sont cependant nécessaires et indispensables, car c'est sur l'observation clinique seule que l'on peut établir des déductions sérieuses. Ce n'est que d'après un grand nombre de faits observés scrupuleusement que l'on peut conclure. J'aurai encore plusieurs fois l'occasion, dans le cours de ce travail, de rapporter de nouvelles observations, pour montrer certains détails ou pour faire remarquer certains caractères spéciaux. Pour le moment, j'ai voulu donner une idée des formes et des allures générales de la maladie.

Je me suis efforcé de grouper seulement dans ce chapitre les formes principales sous lesquelles peut se présenter la fièvre bilieuse inflammatoire. On peut voir, par un coup d'œil d'ensemble, combien sont grandes les différences qui résultent de l'évolution des principaux symptômes. On peut suivre assez facilement la gradation de l'état le plus simple à l'état le plus grave.

Malgré ces différences, qui résultent plutôt de la manière dont l'organisme est impressionné, la cause morbide reste la même. C'est ce que je m'efforcerai d'établir dans la suite de ce travail.

---

## CHAPITRE V

### Analyse des Symptômes.

Il ressort des chapitres qui précèdent que la fièvre bilieuse inflammatoire est une maladie générale, dont les déterminations morbides sont indéterminées et dont les symptômes sont variables. Je me réserve de discuter plus loin et longuement la nature de la maladie ; cependant je dois dire tout de suite, pour expliquer ma pensée, comment je la comprends. C'est une maladie infectieuse. C'est une altération du sang, par empoisonnement ; le globule est principalement atteint et le liquide nourricier est altéré ; cette altération retentit sur certains organes et sur le système nerveux, de là les phénomènes morbides les plus variés.

On comprendra plus exactement de cette manière pourquoi les symptômes sont si variables ; ils changent, en effet, suivant tel moment de l'année, suivant telle condition atmosphérique ou telle disposition des lieux infectés. Aussi toutes ces maladies générales offrent un caractère tout à fait protéique, à cause de la prédominance des différents symptômes et de la présence des complications. Dans quelques cas, la maladie suit un cours très bénin et le malade est à peine retenu au lit ; d'autres fois, elle est grave au début et devient bénigne vers la fin ; dans d'autres cas, elle est bénigne au début et prend ensuite subitement un caractère plus grave ; d'autres fois enfin, la maladie affecte une forme grave du commencement à la fin.

A tel moment, le phénomène constipation est la règle, la diarrhée l'exception ; d'autres fois, la disposition inverse est observée. Suivant le moment d'une épidémie ou suivant les années, on voit les allures de la maladie, son aspect général présenter telle particularité qui distingue cette époque d'une autre. Tantôt les atteintes sont toutes légères ; d'autres fois, elles sont presque toutes de moyenne intensité ; d'autres fois encore, la proportion des cas graves est plus ou moins grande. Dans telle épidémie les cas graves prédominent, ou bien la tendance à

l'ictère est plus marquée, ou bien les hémorrhagies passives sont plus fréquentes, ou bien encore les éruptions cutanées se montrent plus souvent.

Il nous faudra faire une large part à l'influence épidémique, c'est-à-dire à celle des causes extérieures au sujet, quand nous rechercherons la raison de la variation d'intensité dans les phénomènes. Quoi qu'il en soit, nous tenons compte dès maintenant de ces variations notables des symptômes, d'un moment à l'autre, de telle épidémie à telle épidémie, pour faire ressortir les relations de la fièvre inflammatoire et de la véritable fièvre jaune, si variable aussi dans ses formes.

Après cette légère digression, il nous faut entrer dans l'étude des principaux symptômes et pour ne pas m'exposer à des redites, j'aime mieux examiner les différents phénomènes présentés par les principaux appareils, sans m'assujettir à suivre les symptômes à toutes les périodes de la maladie.

### A. — *Physionomie des malades.*

Quand la maladie est bien accusée et de forme franche, la physionomie présente certains caractères particuliers :

1. *Aspect de la face.*— La face est généralement plus colorée que dans l'état naturel, surtout pendant les trois premiers jours. Le quatrième jour, elle est déjà moins colorée et tend à la pâleur ; elle reste pâle dans la deuxième période, ou bien elle prend une teinte plombée, tirant sur le jaune.

Cet aspect général de la face varie beaucoup, suivant le degré, la forme de la maladie et aussi suivant le moment où on l'observe. Dans certains cas, le facies est assez coloré pour que les appellations de face vultueuse, couleur rouge, rouge-cerise, rouge-framboise lui aient été données par les différents observateurs. Chez les individus anémiés et dans les atteintes insidieuses, l'état de coloration du facies est moins marqué pendant la première période. Il n'est pas rare, dans la seconde période, d'observer une teinte bistre spéciale, on dirait un mélange de plusieurs teintes. Il m'est arrivé dans un ou deux cas d'une certaine gravité de constater des plaques violacées sur les joues ; quelquefois du gonflement et de l'œdème.

2. *Etat des yeux.*— Les yeux sont rouges au début ; ils sont par-

fois fortement injectés. Cette rougeur disparaît au moment de la rémission et fait place à une teinte légèrement jaune. Les yeux sont gros et douloureux. Ils sont sensibles à la lumière et les pupilles sont généralement dilatées.

3. *Décubitus.*— Quand la maladie dépasse le premier degré, on voit les malades atteints de la fièvre inflammatoire présenter le décubitus des individus frappés par une maladie sérieuse; on les voit couchés sur le dos, très préoccupés de leur état, ne changeant de position que d'une manière pour ainsi dire inconsciente. Les membres supérieurs et inférieurs sont dans la résolution, les bras un peu écartés du corps, les jambes étendues et séparées; de temps en temps on constate un mouvement du bras ou de la jambe, accompagné d'un soupir ou d'une inspiration plus profonde et plus bruyante.

Lorsque la rémission est survenue, le décubitus ne présente plus rien de caractéristique.

4. *Agitation.* — L'état d'agitation est un caractère assez constant de la fièvre inflammatoire, mais avant d'en tenir compte, il faut, comme le fait remarquer Dutrouleau, s'enquérir de la nationalité et de la province même du malade. Les hommes du Nord sont moins bruyants et expansifs, et se résignent assez facilement.

C'est surtout pendant la poussée fébrile que l'agitation est très appréciable. Cet état d'agitation tient moins aux douleurs qu'éprouvent les malades qu'à la nature même de la maladie. Les malades ne savent pas pourquoi ils changent de place à chaque instant dans leur lit; ils poussent des demi-soupirs et des plaintes. Ils sont poursuivis par des terreurs vagues et indéfinissables. Le sommeil, quand il existe, est troublé par des rêves et des cauchemars.

Cet état s'accompagne parfois, mais assez rarement, de délire. J'ai vu un sergent-major, dont je rapporte l'observation, essayer de se lever, et de sortir dans la cour, plusieurs nuits de suite; il croyait encore commander l'exercice. C'est dans ces cas qu'on a souvent à déplorer des accidents et les malades qui ne sont pas suffisamment surveillés se jettent par la fenêtre.

Avec la rémission arrive la tranquillité qui est un signe que la convalescence est proche.

### B.— *Douleurs.*

Dans la fièvre inflammatoire, à la période fébrile, comme pendant la rémission et même la convalescence, il y a une série de douleurs plus ou moins vives et plus ou moins diverses. Elles sont variables et siègent en différents endroits,

1. *Céphalalgie.*— C'est l'un des phénomènes les plus constants pendant la première période. On peut dire que c'est la céphalalgie qui annonce et ouvre la scène pathologique. Elle est le plus souvent frontale et siège principalement au-dessus des orbites. Les malades ont les tempes serrées; il semble qu'on leur comprime la partie antérieure du crâne. Cette douleur de tête n'est pas uniformément la même dans sa durée; quelques malades disent qu'elle revient à divers moments plus vive et comme par saccades. Elle disparaît, lorsque la rémission est complète; cependant il n'est pas rare de la voir persister assez longtemps pendant la convalescence.

2. *Douleurs du tronc et des membres.*— On peut dire que le corps entier est douloureux. Les jambes sont brisées et parcourues par des douleurs vagues et erratiques. Les bras sont aussi douloureux et les mouvements sont pénibles, car ces douleurs siègent souvent dans les articulations.

A part ces douleurs irrégulières, qui siègent un peu partout et qui ont pour caractère principal d'être fugaces et mobiles, il en est qui ont un siège déterminé qu'elles occupent souvent pendant tout le cours de la maladie; ces douleurs ayant un siège spécial sont les douleurs épigastriques, abdominales et lombaires.

3. *Douleur épigastrique.*— La région épigastrique est souvent le siège d'une douleur qui varie d'intensité, suivant la période à laquelle on la remarque. C'est un des premiers phénomènes qui se présentent dès que la fièvre est allumée. Cette douleur d'abord sourde, se présente comme la sensation produite par un poids sur l'estomac; elle est le plus souvent spontanée, mais augmentée par la pression; elle s'irradie quelquefois à droite vers le foie d'autres fois à gauche vers la rate et constitue toujours un symptôme insupportable. Appréciable surtout lorsqu'on fait faire au malade une inspiration profonde, elle augmente peu à peu d'intensité; avec elle coïncide une sensation de brûlure à la gorge et dans le trajet de l'œsophage.

4. *Douleurs abdominales.* — La région abdominale est quelque fois le siège d'une douleur générale qui se localise souvent dans une région déterminée; des douleurs existent le plus généralement dans les hypochondres et le trajet du côlon transverse. Dans certains cas, elles se déplacent facilement et sont dues le plus souvent à un météorisme exagéré. On est parfois très étonné de constater une douleur assez prononcée, dans un des côtés de l'abdomen, sans que le foie ou la rate soient le moins du monde développés; à la percussion, on trouve une résonnance bien marquée et on voit souvent la douleur disparaître quand la distension du ventre est moins prononcée.

5° *Douleurs lombaires.*— La douleur lombaire est une des plus constantes; elle constitue, pour ainsi dire, un phénomène pathognomonique de la maladie, car il est facile de la constater, mais dans les cas les plus atténués.

Ces douleurs lombaires sont assez en rapport direct avec l'intensité de la maladie. Dans les cas légers, il n'y a souvent qu'une gêne plus ou moins pénible, tandis que dans les cas intenses, elles arrivent à une certaine acuité qui les rapproche du véritable coup de barre, du typhus amaril. Dans les cas moyens, bien que très marquées, elles sont cependant assez supportables et ne sont pas assez fortes pour arracher des plaintes ou au moins des soupirs au sujet, comme dans certains cas plus intenses.

Elles occupent toute la région lombaire aussi bien du côté droit que du côté gauche; elle sont profondes et sont légèrement soulagées par un massage continu.

### C. — *Symptômes fournis par la surface cutanée.*

La surface cutanée présente dans la fièvre inflammatoire des particularités qui ont besoin d'être étudiées avec soin, car elles varient suivant les individus et aussi aux divers moments de la maladie.

1° *Sueurs.*— Les sueurs existent ou font défaut suivant la période de la maladie et aussi suivant certaines conditions déterminées.

J'ai remarqué, comme M. Bérenger Féraud, que tout à fait au début, c'est-à-dire pendant la période prodromique, quelques

malades se plaignent d'avoir des sueurs injustifiées, à certains moments du jour ou de la nuit; sueurs froides ou chaudes, entrecoupées de frissons dans certains cas, semblant indiquer dans d'autres un notable affaiblissement, parce qu'elles surviennent comme conséquence du moindre mouvement. De pareils phénomènes se montrant à toutes les époques pour les affections les plus variées, ne peuvent point servir de base pour le diagnostic. Il est pourtant un fait clinique important à signaler, car il sera d'un précieux secours pour celui qui observera avec soin ses malades et qui sera préoccupé de savoir comment a débuté la maladie. Après des sueurs assez abondantes et souvent répétées, on voit survenir brusquement et sans cause appréciable la suppression de la transpiration. La peau qui était toujours humide devient presque subitement très sèche et cette sécheresse de la peau s'accompagne d'un malaise général, de céphalalgie et de petits frissons. C'est souvent le début de la fièvre inflammatoire.

Dans la première période la peau est tantôt sèche, tantôt couverte de sueur. Quand la moiteur existe peu après l'invasion de la fièvre, c'est un symptôme favorable et qui peut faire espérer une marche rapide et une guérison facile.

La chaleur cutanée présente quelquefois un caractère d'ardeur brûlante et de sécheresse qui laisse à la main de l'explorateur une sensation désagréable que l'on ne peut décrire. La sueur se montre au moment, en général, où la température a atteint son degré le plus élevé et alors qu'elle tend à descendre. Je ne crois pas que ce soit elle qui fasse tomber la fièvre; elle n'a point, à mon avis, une influence bien sensible sur l'abaissement de la chaleur périphérique, car elle manque quelquefois alors même que la chaleur est revenue à la normale. C'est à peine, dans quelques cas, si l'on remarque une légère moiteur. Elle est plutôt une conséquence de la détente qui se produit.

Quand la sueur se montre en grande abondance, elle peut être considérée avec raison comme une crise heureuse; l'organisme a besoin de se débarrasser de certains principes excrémentitiels et il emploie à cet effet les moyens les plus propres à l'élimination.

Il n'est pas rare, dans le cours même de la période fébrile, de constater que la sécheresse alterne avec la moiteur ou transpi-

ration. La transpiration se produit habituellement dans la nuit, la peau restant sèche dans le jour.

A différents moments de la journée, il est fréquent de constater ces mêmes alternances. On touche la peau du malade à un moment quelconque du jour et on la trouve légèrement moite ; à un autre moment, elle est très sèche et si l'on s'est servi du thermomètre pour contrôler ses impressions, on voit que la température n'a pas varié de plus de quelques dixièmes dans les deux cas.

Quand le sujet présente la forme rémittente de la poussée fébrile, il y a des oscillations assez grandes dans l'abondance de la sueur. La sueur est abondante et même profuse pendant la rémission ; mais la peau conserve souvent dans certains cas une légère moiteur même pendant la fièvre surtout quand elle n'est pas très élevée.

Les sueurs de la fièvre inflammatoire, soit au cours de la période fébrile, soit à la fin de cette période, ont parfois une odeur spéciale qui frappe l'observateur. Cette odeur, qui rappelle un peu celle de la fièvre jaune, ne peut pas être bien décrite ; c'est une odeur qu'il faut avoir sentie pour s'en faire une idée. Elle a eté comparée par quelques auteurs à celle qui s'échappe d'un amas de foin en fermentation. Elle est très manifeste dans certains cas intenses ; elle pénètre pour ainsi dire tous les objets qui entourent le malade.

2. *Ictère.* — La peau présente une coloration particulière qui varie aux diverses périodes de la maladie.

La face et les yeux sont rouges au commencement de la première période, mais bientôt au-dessous de cette rougeur qui tend à disparaître à mesure que la maladie avance, se dessine une coloration jaunâtre ; c'est la teinte subictérique. Elle est toujours assez manifeste sur les conjonctives, à la face, aux ailes du nez, aux lèvres et sur la partie antérieure du tronc. Cette coloration se rapproche du jaune-clair. Elle est souvent peu marquée dans les cas légers, mais avec une certaine attention on la trouve toujours assez accentuée aux conjonctives.

Dans certains cas insidieux du troisième degré, cette coloration s'accentue et donne lieu à une teinte véritablement ictérique. Quand cet ictère prend la teinte jaune-paille, il est souvent d'un pronostic fâcheux ou tout au moins il indique un

état assez grave. Cet ictère ne provient point des éléments constitutifs de la bile; on ne trouve de la bile ni dans le sérum du sang, ni dans les urines. Il est dû plutôt aux principes qui devaient constituer les pigments biliaires et qui n'ont pas subi une transformation complète. Il n'y a point, à proprement parler, résorption, mais combustion imparfaite dans le foie et les tissus de l'économie.

M. Bérenger Féraud a constaté à la Martinique et j'ai fait la même remarque à la Guyane que ces ictères dans la fièvre inflammatoire étaient plus constants et plus marqués, quand le temps était orageux et que les vents du Sud régnaient; il y a, pour ainsi dire, des constitutions médicales favorables au développement de l'ictère.

Il ne faut par confondre cet ictère qui, à part quelques cas très rares, est assez peu marqué et reste limité comme coloration au jaune-clair, avec l'ictère qui se présente quelquefois dans le cours de la deuxième période et qui, lui, est véritablement de nature biliphéique.

La peau, lorsqu'il apparaît, devient moins sèche, brunit et passe au jaune d'ocre. Les urines sont huileuses, safranées, teignent le linge en jaune et donnent avec l'acide azotique un précipité vert. Ce second ictère ne se montre que dans les cas graves et intenses de fièvre inflammatoire. Il est d'un bon augure et annonce que la convalescence sera relativement facile, eu égard à la gravité de l'atteinte. Il se montre souvent plusieurs jours après la fin de la première période. Il indique le rétablissement avec exagération des fonctions du foie.

3. *Eruption.* — L'éruption n'est pas caractéristique dans la fièvre inflammatoire. Elle varie beaucoup suivant les moments et, dans la très grande majorité des cas, elle manque complètement. Cette éruption, quand elle existe, se montre avec divers aspects.

Après les sueurs abondantes qui surviennent quelquefois au déclin de la période fébrile, on remarque des vésicules en assez grand nombre ressemblant assez à ce que l'on désigne également sous le nom de bourbouilles. D'autres fois, dit M. Bérenger Féraud, c'est une simple poussée miliaire constituée par une série innombrable de petits points rouges confluents qui de loin donnent l'aspect écarlate au sujet, et de près font voir qu'il

a des myriades de petites taches rouges comme celles qui résulteraient d'une très petite piqûre d'aiguille. Dans ces cas on retrouve le même pointillé sur le voile du palais et même sur les bords de la langue.

Quelquefois l'éruption paraît avoir les apparences de la rougeole. Ainsi, dans un cas que j'ai observé, il existait sur le corps un exanthème papuleux; c'étaient des taches semblables à celles de la rougeole sur un fond blanc, un peu élevé; elles disparaissaient, quand la fièvre devenait plus forte. Chez d'autres individus, l'éruption est constituée par de grosses papules rouges, assez saillantes et ressemblant, à s'y méprendre, à la variole confluente tout à fait au début.

J'ai observé dans certains cas une teinte violacée de la peau avec éruption et démangeaison; il existait en même temps quelques taches légères de purpura.

Quelquefois, l'éruption est de nature ortiée sans présenter aucune différence avec l'urticaire accompagné d'œdème. M. Fouque signale un cas de fièvre ortiée, au milieu des cas de fièvre inflammatoire qu'il observait au Maroni. Il y a même des éruptions scarlatiniformes. On voit enfin dans certains cas assez rares des sudamina sur le cou et dans les creux sus-claviculaires.

Dans un cas très grave de forme insidieuse, où les membres avaient présenté une certaine tuméfaction, j'ai remarqué de la desquamation. Je n'ai pas observé de taches ombrées, mais il est très facile de comprendre qu'elles peuvent exister.

5. *Erythème du scrotum.* — Il est une éruption qui mérite une mention particulière, à cause de la valeur diagnostique que lui a donné mon excellent maître, M. Bérenger Féraud; je veux parler de l'érythème scrotal. C'est un phénomène à peu près constant, mais qui n'est pas toujours remarqué, soit parce qu'on ne le cherche pas, soit parce qu'il n'est pas très visible. Je me rappelle l'avoir cherché avec soin sur un soldat qui succombait à la fièvre inflammatoire et n'avoir pu le découvrir qu'après la mort. Cet érythème scrotal n'existe pas pendant la période prodromique ; il ne survient même qu'après six, douze et même quelquefois vingt-quatre heures après le début de la période fébrile.

Dans le degré léger, dit M. Bérenger Féraud qui a étudié ce symptôme avec un soin tout spécial, c'est une rougeur érythé-

mateuse sous-épidermique occupant les deux côtés du raphé qui reste blanc et exsangue, ce qui lui donne l'aspect d'une bande incolore placée entre deux bandes colorées; cette rougeur qui est d'une belle couleur cerise est manifestement le résultat d'une vascularisation ou plutôt d'une congestion capillaire plus prononcée que dans l'état normal. Ce phénomène peut passer inaperçu, à ce degré, parce qu'il n'entraîne ni douleur, ni démangeaison, ni desquamation.

Dans le second degré et surtout dans le troisième, cet érythème est plus accentué; il s'est uniformément répandu sur toute la poche scrotale, il est d'un rouge intense; il occasionne au sujet des démangeaisons, un sentiment de chaleur et bientôt une cuisson, une véritable brûlure qui est plus ou moins accentuée, quelquefois très intense.

Dans les cas moyens et intenses, il est facile de constater une altération de l'épiderme; il y a souvent de petites vésicules extrêmement fines qui sont comme un commencement de vésication. Cette production de vésicules constitue de véritables petites phlyctènes dans certains cas; dans d'autres, elle fait fendiller l'épiderme. Dans un cas très intense de forme insidieuse, où la période fébrile avait été très longue, j'ai vu la peau du scrotum, dépouillée d'une partie de son épiderme, parcheminée, sèche, disparaître en furfures plus ou moins volumineuses. Dans certains cas, on peut voir une véritable escharrification superficielle se produire dans une petite étendue, laissant à nu une plaie suppurante.

Ce symptôme mérite d'attirer l'attention, car non seulement il est utile pour le diagnostic, mais encore il peut rendre compte dans une certaine mesure de l'état des capillaires de certains tissus, sous l'influence de la cause morbide.

### D. — *De la température.*

La question de température est de la première importance et pourtant elle est loin d'être facile à résoudre. C'est elle, je dois le dire, qui m'a le plus préoccupé et aujourd'hui encore, après avoir beaucoup observé et beaucoup réfléchi, je ne suis pas suffisamment éclairé. Avant tout, j'ai dû étudier d'une manière spéciale le type des fièvres que j'observais et pour cela j'ai dû

prendre, dans un grand nombre de cas, la température, toutes les quatre heures, pour saisir les oscillations qui auraient pu se produire à mon insu.

C'est un élément très important et qui, en effet, peut rendre de réels services dans l'appréciation de la nature des fièvres. Mais n'y a t-il pas une grande exagération à ne vouloir établir une classification des fièvres que d'après le type qu'elles affectent? Sans doute, à défaut d'une classification plus précise et basée sur les causes, elle aurait l'avantage de rappeler la marche des fièvres, si le type n'était pas lui-même très variable pour la même maladie.

« L'intoxication, dit Boudin, est susceptible de se phénoméniser sous les types intermittent, rémittent et continu. Il semble que l'élévation de la température extérieure ait pour effet réel la diminution et la suppression du stade de froid initial dans les fièvres palustres; que de plus la même action s'oppose aux atténuations périodiques du mouvement fébrile. »

« Si l'on étudie, dit M. Léon Colin (*Traité des fièvres intermittentes*, Paris 1870), l'influence beaucoup moins bien établie jusqu'à ce jour, que possède sur le type de la manifestation, la date de l'infection du sujet atteint, on peut émettre les propositions suivantes : d'une manière générale, plus l'individu est intoxiqué et sujet par conséquent aux récidives, plus il aura de prédisposition aux types à paroxysmes éloignés; plus au contraire aura été grande son immunité antérieure, plus chez lui sera grande la tendance aux types à accès très rapprochés et au type continu. »

M. Bérenger Féraud est arrivé à peu près aux mêmes conclusions que M. Colin. Il a remarqué que les nouveaux arrivés présentaient la forme continue et que les anciens offraient des rémittences et même des intermissions assez complètes. De ces deux observateurs, l'un étudiait les fièvres de Rome et de la campagne romaine, et l'autre la fièvre bilieuse inflammatoire aux Antilles. Les mêmes conclusions semblent aussi ressortir de mes observations personnelles sur la fièvre inflammatoire à la Guyane, mais au lieu d'invoquer, comme le savant professeur du Val-de-Grâce, la force productrice du sol, j'invoquerai une action miasmatique spéciale combinée aux influences météorologiques.

On se trouve alors placé dans le cas de déclarer que les fièvres qui présentent le même type à Rome, aux Antilles et à la Guyane sont de même nature ou bien que le type ne fait rien à la chose. Sans vouloir décider la première question et me demander si la fièvre jaune palustre de M. Colin ressemble à la fièvre jaune d'Amérique, je dirai que je considère le type d'une fièvre comme un élément très important, mais comme insuffisant pour la classer. Il est bien entendu que je n'entends pas parler de la fièvre franchement intermittente et régulière, mais bien de ces fièvres qui, dans certains cas, de continues deviennent rémittentes ou intermittentes.

Une classification fondée uniquement sur le type n'est ni logique, ni pratique, parce qu'elle ne s'appuie pas sur la nature des maladies. Aussi on est bien souvent embarrassé, quand on est esclave du type.

Les fièvres continues ne présentent point une continuité absolue. Elles ont une période graduellement ascendante et descendante plus ou moins rapide, une période d'état qui varie, les exacerbations du soir et les rémissions du matin et aussi de fréquentes oscillations.

Quand ces rémissions sont un peu plus marquées, on appelle ces fièvres rémittentes ou bien continues-rémittentes. De la rémission à l'intermission, il n'y a pas loin et la limite n'est pas déterminée. M. Colin dit fièvre rémittente ou quotidienne.

Aussi les fièvres rémittentes qui tiennent le milieu entre les continues et les intermittentes sont difficiles à classer. Les uns les rapprochent des fièvres continues ou de nature spécifique ; les autres des intermittentes ou de nature paludéenne. Souvent aussi on range dans ces dernières les accès intermittents de la fièvre purulente.

Il est donc nécessaire de s'expliquer et de déterminer quels types principaux affecte la fièvre bilieuse inflammatoire. De même que le type tierce et le type quarte sont les caractères particuliers de la fièvre paludéenne ; de même la forme pseudo-continue et la forme rémittente sont les formes principales sous lesquelles se présente la fièvre inflammatoire ; les accès intermittents qui se manifestent quelquefois pendant la convalescence peuvent être attribués à une complication paludéenne, mais il n'est pas irrationnel cependant de les rapprocher des

accès intermittents de la fièvre purulente ou de la fièvre typhoïde, ou de toute autre maladie fébrile dans laquelle la malaria ne saurait être mise en cause.

Le traitement lui-même est souvent impuissant pour justifier ces classifications basées sur le type. La quinine paraît agir dans certains cas ; elle est inefficace dans d'autres ; parfois elle est nuisible.

Il y a des périodes où elle paraît agir avec efficacité et d'autres où son action est nulle, même contre des accès intermittents. On ne tient pas assez compte des cas particuliers que l'on observe et des conditions dans lesquelles on se trouve. C'est plutôt là qu'on trouverait l'explication des guérisons faciles et des déceptions amères. Pendant les trois derniers mois de mon séjour au Maroni, je n'ai pas dépensé un seul gramme de quinine sur tout le pénitencier et c'est le trimestre qui a fourni le moins de mortalité. Toutes les fièvres rémittentes que j'observais, guérissaient facilement et peut-être plus vite qu'avec la quinine. Ce n'est point d'un seul coup que je m'étais décidé à faire une expérience aussi hasardeuse, j'y avais été amené naturellement par l'observation des faits.

Ce que je veux bien établir ici, c'est que certaines fièvres pseudo-continues et rémittentes guérissent souvent plus vite sans la quinine qu'avec elle et que l'on peut se tromper souvent en attribuant à ce médicament des guérisons qui ne lui appartiennent pas.

Mais pour mieux comprendre la physiologie du symptôme dont nous nous occupons, il faut essayer de se faire une idée de la fièvre en général.

La fièvre, dans la maladie qui nous occupe, est plus qu'un symptôme ; c'est presque la lésion elle-même ; elle est le fait de l'altération du sang ; c'est la combustion généralisée. Avec l'échange incessant des matériaux entre les parties et le tout, une lésion généralisée est facile à concevoir, surtout au début et quand l'ébranlement est universel.

Il est facile de comprendre aussi qu'une lésion générale comme la fièvre, caractérisée par la paralysie vasculaire et la congestion sanguine puisse déterminer dans un organe des lésions proportionnelles. J'espère démontrer en étudiant les complications que la lésion locale, quand elle survient, est toujours sous

la dépendance et comme le corollaire de cette lésion générale.

Quelle est donc la cause de l'incendie ? Elle est difficile à déterminer et l'on est obligé d'entrer sur le terrain des hypothèses. Mille théories ont été édifiées pour expliquer cette cause première. Il ne m'appartient point de discuter, ni de commenter ces diverses théories. Je ne prendrai que ce qui me paraît le plus en rapport avec les faits que j'ai observés ; car ce n'est point de la physiologie que je veux faire ici, mais de la clinique. Je veux seulement essayer de raisonner et d'interpréter ce que j'ai vu et observé.

C'est ainsi que je retiens, sans la prendre pour exactement vraie, la théorie de Weber qui voit dans la fièvre une augmentation générale de la nutrition liée à l'élévation thermique produite par la présence de détritus oganiques faisant l'office de ferments.

D'un autre côté, les expériences mémorables de Claude Bernard démontrant l'influence des nerfs sympathiques sur la fonction des capillaires, portèrent les physiologistes à rechercher le centre commun gouvernant tout le système vaso-moteur, et, par là, le régulateur de la circulation et de la température. Ce centre vaso-moteur d'après Tscheschichin, se trouverait au niveau du point de jonction du bulbe et de la protubérance annulaire. C'est à ce point de l'encéphale, que l'auteur place le centre modérateur qui régularise l'action de la moelle et dont la suppression artificielle serait la cause de l'augmentation de la chaleur, et de la fréquence du pouls.

Cette théorie vaso-motrice complétée par celle de Weber nous permet d'expliquer plus facilement ce que nous observons dans la fièvre inflammatoire ; l'étincelle ou plutôt l'agent pyrogène serait la présence dans le sang de certains détritus ou ferments qui allumeraient le foyer fébrile en frappant en même temps le foyer régulateur.

La théorie vaso-motrice à elle seule ne peut expliquer tous les phénomènes observés en clinique, au sujet des fièvres infectieuses. Il est vrai que l'on sait bien peu de chose, malgré les remarquables travaux de Andral et Gavarret, sur les altérations du sang. Mais si le corps du délit est presque impossible à trouver par l'inspection directe, l'agent causal de certaines fièvres infectieuses est démontré par l'induction clinique.

Le sang doit être le vecteur et le réceptacle de la cause fébrile et par l'expérimentation nous savons que certains corps, notamment les substances organiques putréfiées qui pénètrent dans la circulation, déterminent presque à coup sûr la combustion fébrile. L'expérimentation physiologique nous révèle l'effet pyrogène des miasmes, virus et détritus organiques.

Que cet agent causal agisse directement en allumant le feu ou indirectement en agissant sur le centre modérateur de la température, peu nous importe pour le moment. Il nous suffit d'avoir une simple idée sur la manière dont peut se produire la fièvre dans la maladie qui nous occupe. Nous voulons seulement constater que les symptômes fébriles, ont deux caractères fondamentaux : la combustion pyrétique et le trouble dynamique.

Revenons maintenant aux symptômes fébriles et étudions la manière dont ils se présentent, tout en leur donnant une explication justifiée par les considérations que je viens de présenter et les faits que j'ai observés.

Si nous résumons ce que nous avons dit sur le type de la fièvre, nous voyons que la fièvre bilieuse inflammatoire se présente le plus souvent sous la forme pseudo-continue, mais qu'elle présente encore assez souvent la forme rémittente et dans certains cas et à certains moments des accès intermittents. Il est bien certain que ces formes varient et qu'elles sont plus ou moins accentuées suivant les individus et aussi suivant les degrés de la maladie.

Je ne crois pas que le type basé sur la filiation des paroxysmes et des rémissions doive être conservé comme base de la division des fièvres tropicales, dans les formes rémittentes et pseudo-continues, sur lesquelles la quinine ne paraît avoir aucune influence. Les fièvres intermittentes périodiques seules qui sont justiciables du sulfate de quinine peuvent être assujetties à un type déterminé et c'est le type tierce qui est le plus fréquent.

Le terme de paludisme, devenu si général aujourd'hui, devrait être réservé à la fièvre intermittente régulière.

La fièvre bilieuse inflammatoire est essentiellement rémittente et pseudo-continue ; elle peut cependant présenter à son déclin des accès intermittents irréguliers, mais nous voyons parfois ce même phénomène se présenter dans la fièvre typhoïde de nos climats tempérés et de certains pays non paludéens.

En admettant le chiffre 37,3, adopté par notre camarade Gueguen, comme la moyenne de la température normale dans les pays chauds, nous allons voir ce que l'on observe, d'une manière générale, au point de vue de la température, dans la maladie qui nous occupe.

TABLEAU DE LA TEMPÉRATURE

DANS LES FORMES FRANCHES.

| JOURS de la maladie | PREMIER DEGRÉ ou léger. | | DEUXIÈME DEGRÉ ou moyen. | | TROISIÈME DEGRÉ ou intense. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | matin. | soir. | matin. | soir. | matin. | soir. |
| 1 | 39.5 | 40 | 40.2 | 40.4 | 41.2 | 40.8 |
| 2 | 39.6 | 40.4 | 39.3 | 38.6 | 39.5 | 40 |
| 3 | 38 | 38.8 | 38.8 | 39.4 | 38.4 | 39 |
| 4 | 37.7 | 37.5 | 38.2 | 38.4 | 38.7 | 39.3 |
| 5 | 37.2 | 37.3 | 38.2 | 38 | 38.2 | 38.7 |
| 6 | 36.9 | 36.7 | 37.4 | 37.2 | 39.5 | 39.7 |
| 7 | 36.6 | 36.5 | 37.4 | 37.2 | 38 | 37 |
| 8 | 36.5 | 36.5 | 37.2 | 37 | 37.7 | 37.9 |
| 9 | 36.5 | 36.6 | 36.8 | 36.8 | 37.2 | 37.5 |
| 10 | 36.8 | 37 | 36.9 | 36.9 | 37.1 | 37 |
| 11 | 36.8 | 37.2 | 36.7 | 36.5 | 37.3 | 37.7 |
| 12 | 36.8 | 37 | 36.5 | 36.6 | 37.3 | 37.4 |
| 13 | 36.6 | 36.8 | 36.6 | 36.6 | 37.2 | 37.5 |
| 14 | 36.6 | 36.8 | 36.6 | 36.8 | 37.5 | 37 |
| 15 | 37.2 | 37.4 | 37.4 | 37.6 | 36.8 | 37 |
| 16 | 36.8 | 36.6 | 37 | 37.2 | 36.6 | 36.8 |
| 17 | 36.8 | 37 | 37 | 37.2 | 36.8 | 37 |
| 18 | 36.8 | 37.2 | 36.8 | 37 | 36.8 | 37 |
| 19 | 37 | 37.4 | 37.2 | 37.4 | 36.6 | 36.8 |
| 20 | 36.8 | 37 | 37 | 37.8 | 36.6 | 37 |
| 21 | » | » | 37.4 | 37.2 | 37.2 | 37.4 |
| 22 | » | » | 36.8 | 37 | 37 | 37.6 |
| 23 | » | » | » | » | 37.4 | 37.2 |
| 24 | » | » | » | » | 37 | 36.8 |
| 25 | » | » | » | » | 36.6 | 36.8 |
| 26 | » | » | » | » | 36.4 | 36.2 |
| 27 | » | » | » | » | 35.8 | 36.4 |
| 28 | » | » | » | » | 36.6 | 36.8 |
| 29 | » | » | » | » | 36.8 | 37 |
| 30 | » | » | » | » | 37.1 | 37.2 |

La régularité du cycle thermique est assez nette; il se produit, en général, une légère exacerbation, chaque soir, si ce n'est au moment de la défervescence où la température du soir est parfois inférieure à celle du matin.

La durée moyenne de la période fébrile est de 4 à 5 jours.

## TABLEAU DE LA TEMPÉRATURE

### DANS LES FORMES INSIDIEUSES.

| JOURS de la maladie | PREMIER DEGRÉ ou léger. | | DEUXIÈME DEGRÉ ou moyen. | | TROISIÈME DEGRÉ ou intense. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | matin. | soir. | matin. | soir. | matin. | soir. |
| 1 | 40 | 39.8 | 40.2 | 39.8 | 40.2 | 41 |
| 2 | 38.5 | 38.8 | 39.4 | 40 | 38.5 | 40.8 |
| 3 | 37.2 | 38 | 39.6 | 40.8 | 39 | 40 |
| 4 | 38.2 | 39.4 | 37.4 | 38.2 | 38 | 40.6 |
| 5 | 37.2 | 37 | 37.4 | 38.8 | 40 | 39 |
| 6 | 37 | 36.8 | 37.2 | 37 | 39 | 40 |
| 7 | 36.8 | 37 | 37.2 | 37.4 | 39.5 | 39.5 |
| 8 | 36.6 | 36.8 | 37 | 36.8 | 38.8 | 39.8 |
| 9 | 36.6 | 36.8 | 37.2 | 37 | 37.8 | 38.8 |
| 10 | 37.2 | 37.4 | 37.2 | 37 | 38 | 37.6 |
| 11 | 37.1 | 37.1 | 36.8 | 37 | 37.8 | 38.7 |
| 12 | 37.2 | 37.1 | 37.2 | 37 | 38.4 | 38.7 |
| 13 | 36.9 | 37.5 | 37.4 | 38 | 38.3 | 39.5 |
| 14 | 37.2 | 37.8 | 37 | 37 2 | 37.9 | 39.3 |
| 15 | 36.9 | 36.8 | 37 | 37 | 38.2 | 39.3 |
| 16 | 36.9 | 37 | 36.8 | 37.2 | 38.2 | 39 |
| 17 | 36.5 | 36.8 | 37 | 37 | 38.5 | 38.7 |
| 18 | » | » | 37 | 37.4 | 37.8 | 39.3 |
| 19 | » | » | 37 | 39.6 | 37.7 | 38.7 |
| 20 | » | » | 37 | 37.4 | 37.9 | 38.9 |
| 21 | » | » | 37 | 40 | 38 | 38.4 |
| 22 | » | » | 37 | 37.2 | 37.9 | 38.8 |
| 23 | » | » | 37 | 40.8 | 38.1 | 38.8 |
| 24 | » | » | 37.2 | 37.2 | 38.7 | 39 |
| 25 | » | » | 37.2 | 37.6 | 38.5 | 39.1 |
| 26 | » | » | 37.2 | 37.2 | 38 | 38.6 |
| 27 | » | » | 36.8 | 37.4 | 37.7 | 37.5 |
| 28 | » | » | 37 | 37.4 | 36.8 | 37.4 |
| 29 | » | » | 37 | 37.2 | 37.8 | 37.5 |
| 30 | » | » | 37 | 37.2 | 37 | 36.6 |

La courbe des formes insidieuses est mois régulière, surtout pendant la seconde période.

*Degré léger.* — Dans la forme franche, le début est brusque; le maximum thermique est rapidement atteint. Il faut souvent moins de quatre heures pour voir la température s'élever à 39,5 ou 40. Cette ascension thermométrique est accompagnée d'un frisson assez violent; il peut manquer dans certains cas. Si nous supposons que le début ait eu lieu le matin, dès 4 heures du soir, on voit le thermomètre à 40. Le matin du second jour, il est à 39,6 et le soir à 40,4. Le troisième jour au matin, la température est à 38 et le soir à 38,8. Le matin du quatrième jour, elle est à 37 où elle se maintient, en présentant quelques légères oscillations.

Dans certains cas encore plus légers et qui représentent beaucoup. sous plusieurs rapports, la fièvre éphémère de nos climats, la marche est encore plus rapide et la température, après s'être maintenue le premier et le deuxième jour à 39,5 descend graduellement à 37 qu'elle atteint dès le troisième jour. Dans tous ces cas, c'est bien la marche d'une subcontinue.

Dans la forme insidieuse, la marche de la température est moins continue ; les rémissions sont plus fortes mais cependant elles sont encore assez ménagées. Le summum thermique accompagné d'un frisson est aussi atteint en quelques heures. On voit au bout de quatre heures, la température atteindre 40 degrés quelques dizièmes. Elle reste à peu près à ce niveau pendant 12 heures, puis elle descend graduellement et le matin du second jour elle est à 38,5; le soir, elle reste à peu près à ce niveau. Le matin du troisième jour, elle est à 37 ou 37,2; mais dès le même soir, on la voit s'élever légèrement et regagner le chiffre 38. Le matin du quatrième jour, elle est encore à 38 et le soir elle présente une nouvelle poussée et atteint 38,8 ou 39. Elle se maintient encore pendant près de 12 heures à ce niveau et descend ensuite graduellement, mais en général d'une manière définitive. Le cinquième jour, elle est à 37; le sixième jour entre 36 et 37. et elle oscille entre ces deux chiffres pendant quelques jours. Vers le quatorzième jour, il n'est pas rare de remarquer une légère poussée fébrile.

C'est la marche rémittente de la maladie, où l'on ne voit aucun ressaut, aucune brusquerie; la température touche le chiffre 37 à un certain moment, du deuxième au troisième jour, mais la maladie n'en continue pas moins son évolution. Du reste, cette rémission du troisième jour est un caractère assez constant et également propre à la fièvre jaune.

*Degré moyen.* — Dans la forme franche du degré moyen, la marche de la maladie est une subcontinue et dure environ cinq jours. Le summum thermique se trouve dès le premier jour à 40,2. Le matin du second jour la température est aux environs de 39,3 et le soir à 38,6. Le troisième jour au matin, elle est à 38,8 et le soir à 39,4. Le quatrième jour au matin à 38,2 et le soir à 38,4. Le cinquième jour au matin à 38,2 et le soir à 38. Le sixième jour au matin à 37,4 et le soir à 37,2. On voit qu'après une légère rémission qui a lieu le soir du second

jour, la température remonte légèrement dès le matin du troisième jour, pour descendre ensuite d'une manière très graduelle et atteindre la norme du sixième au septième jour.

Dans la forme insidieuse du degré qui nous occupe, les oscillations thermiques sont plus considérables. Cette forme s'observe surtout sur les individus qui ont été déjà atteints une ou plusieurs fois de fièvre inflammatoire et qui se trouvent dans les conditions des gens acclimatés. Ce sont ces cas qui prêtent à discussion. Je choisirai à dessein des exemples où les oscillations seront très marquées. En admettant que le matin du premier jour, la température se trouve déjà à 40,2, le soir elle est à 39,8 : le second jour, à 8 heures du matin, elle est à 39,6 ; à midi à 40,8 ; à 4 heures du soir à 39. Le matin du troisième jour à 39,4 ; à midi à 40 ; à 4 heures du soir à 38,8 ; à 8 heures du soir à 38. Le matin du quatrième jour, elle est à 37 où elle se maintient, en présentant quelques oscillations, mais elle ne remonte plus comme les jours précédents. Elle se tient même plutôt au-dessous de la normale et souvent elle descend à 36 et même 35. On observe généralement des températures sous-normales bien manifestes.

Vers le quatorzième ou le vingtième jour, il peut se faire encore une poussée fébrile qui durera deux ou trois jours en procédant par oscillations encore plus considérables ; elle disparaîtra également sans quinine et d'une manière définitive. « Ces ascensions des mouvements fébriles peuvent être prises souvent pour de véritables accès de fièvre paludéenne, mais suivant l'expression très pittoresque de M. Bérenger Féraud, ce ne sont le plus souvent que des fluctuations, des oscillations semblables à la houle de la mer après un coup de vent. Ces oscillations thermiques indiquent que l'organisme a été fortement ébranlé ; elles sont comme les dernières vibrations qui s'observent dans un corps élastique qui vient de recevoir un choc. »

Un fait m'a frappé, c'est que la marche de la température même dans ces formes est peu influencée par le traitement ; la durée est la même que dans les formes franches ; rien ne peut empêcher souvent qu'elle dure moins de trois jours. Tous les jours, la température approche de la norme, et elle remonte aussitôt. On voit dans ces intermissions la lutte de l'organisme à qui la victoire est à peu près assurée. Ces formes qui n'at-

teignent qu'un instant le chiffre normal, les appellera-t-on rémittentes ou intermittentes? Je suis embarrassé à le dire, car je ne sais pas la limite exacte qui sépare l'intermittence de la rémittence, d'autant que certains auteurs appellent rémittentes les fièvres quotidiennes. Dans le cas présent, je suis disposé à ne voir que la forme rémittente à grandes oscillations de la fièvre inflammatoire.

*Degré intense.* — La forme franche du degré intense est caractérisée par une ascension thermique très forte dès le premier jour. La température atteint près de 41. Le matin du second jour, elle est à 39,5 et le soir à 40. Le troisième jour elle est, le matin à 38,4 et le soir à 39. Le quatrième jour, elle se maintient, matin et soir, entre 38 et 39. Le cinquième jour, elle est le matin à 38.5 et le soir elle remonte à 40.4; à 8 heures du soir elle est à 40,2. Le matin du sixième jour, elle est à 39,5 et le soir à 39,7. Le septième jour, au matin, elle est descendue à 38 et le soir à 37.

On voit encore qu'après une rémission bien réelle dès le troisième jour, mais cependant peu accusée, la température remonte à un chiffre assez élevé et qu'elle met ensuite plusieurs jours pour revenir au chiffre normal. Quelquefois même on observe encore certaines oscillations indiquant qu'il y a une sorte d'hésitation de l'organisme.

La forme insidieuse a pour caractéristique une fièvre continue d'une très longue durée avec des oscillations vespérales très accentuées. La température se trouve, le premier jour, entre 40 et 41; le matin du second jour à 38, le soir à 41; le matin du troisième jour à 39, le soir à 40; le matin du quatrième jour à 38, le soir à 40,6; le matin du cinquième jour à 40, le soir à 39; le matin du sixième jour à 39, le soir à 40; le matin du septième jour à 39,5, le soir à 39,5; le matin du huitième jour à 38,8, le soir à 39; le matin du neuvième jour à 37,8, le soir à 38,8; le matin du dixième jour à 38 et le soir à 37,6; elle se maintient assez longtemps entre 37 et 38 et redescend ensuite au-dessous de la normale à 36 et même 35.

Si la fièvre a été de très longue durée, la défervescence au lieu de se faire assez régulièrement, comme je viens de l'indiquer, est interrompue par une série de poussées se produisant tous les deux, trois ou quatre jours, suivant les cas.

L'état du malade, dit M. Bérenger Féraud, peut très bien être représenté ainsi : qu'on se figure une série de rechutes venant tous les deux, trois ou quatre jours faire remonter la température qui semble après chaque poussée vouloir tomber vers les chiffres moins élevés.

Si la mort arrive et c'est surtout dans ces cas de forme insidieuse qu'on peut la voir survenir, la température monte d'un seul coup brusquement ou par poussées successives à 40,41, même 42. Elle se maintient encore à un chiffre élevé au moins une demi-heure après la mort.

En résumé, la température présente dans la fièvre bilieuse inflammatoire certains caractères importants à retenir : 1° La forme la plus commune sous laquelle elle se présente est la forme pseudo-continue; 2° la forme rémittente lui est aussi familière; la rémission ou subrémission du deuxième ou troisième jour est à peu près constante; 3° les rémissions sont parfois assez accusées pour faire croire à une fièvre purement intermittente; il peut exister des accès de fièvre pendant la convalescence; 4° si on ne tient compte que du type qu'elle affecte le plus souvent, on peut la ranger dans la classe des continues-rémittentes, mais nous croyons que le type ne suffit pas exclusivement pour classer cette maladie; 5° la nature amarile peut déjà être soupçonnée par la marche de la fièvre qui n'est ni enrayée, ni modifiée par la quinine.

### E. — *Du pouls.*

Le pouls s'accélère et atteint bientôt 80, 90, 100 pulsations, sans beaucoup dépasser ce chiffre. Il est plein, sans avoir la dureté, ni la force de vibration qu'on lui trouve dans d'autres maladies. Le pouls présente souvent de grandes variations de fréquence qu'on observe à différents jours et à différentes heures du même jour. Ces variations correspondent quelquefois avec celles de la température, ce qui augmente encore dans certains cas le caractère rémittent. Au commencement de la convalescence, le pouls tombe lentement; il peut arriver pourtant que par suite d'une simple faiblesse ou d'une irritabilité nerveuse, le pouls se maintienne ou même devienne plus fréquent, tandis que la température diminue.

En général, il présente dans la convalescence une lenteur anormale et il est fréquent d'observer une diminution du pouls avant l'abaissement de la température. Il descend progressivement à 60, 50, 48 et même 40. Cette lenteur remarquable du pouls qui est un des principaux caractères des cas francs ayant évolué régulièrement, n'est point en rapport avec l'ictère vrai qui manque 99 fois sur 100; dans la deuxième période. Il n'existe pas de bile dans les urines et la face est généralement pâle.

Dans les cas insidieux, le pouls, après avoir offert parfois quelque résistance, est mou et dépressible, à 110 ou 120. Dans une période plus avancée, il peut être petit, faible, ondulant, irrégulier, intermittent ou imperceptible. Le dicrotisme est fréquent. J'ai constaté plusieurs fois des intermittences très marquées; il semble dans certains cas que l'ondée sanguine n'arrive pas jusqu'à la radiale. Ce symptôme coïncide avec un état syncopal; les contractions cardiaques sont peu énergiques, mais les deux bruits du cœur sont encore facilement perceptibles.

### F. — *De la respiration.*

La respiration est calme et régulière dans les cas légers. Dans les cas graves, elles devient plus élevée et plus rapide; on note 28, 30, 32 mouvements respiratoires par minute. Ils peuvent même atteindre 40 et plus, sans qu'on puisse constater une lésion des poumons. Il y a des soupirs et des demi-pandiculations, quand les atteintes sont plus graves. On peut deviner déjà un trouble de la fonction respiratoire.

Parfois la respiration est spasmodique; il y a des inspirations plus profondes toutes les deux ou trois minutes : c'est un véritable soupir qu'on entend de temps en temps. Quelquefois le diaphragme est convulsé et il existe du hoquet. Il y a souvent de l'oppression et le malade sent le besoin de dilater sa poitrine.

Avec la rémission, le rhythme respiratoire revient à l'état normal.

L'analyse de l'air expiré n'a pas été faite, et pourtant il serait bien important de connaître les principes exhalés. Dans certains

cas graves et insidieux, l'haleine est infecte; dans presque tous les cas, elle est mauvaise.

G. — *Etat du tube digestif.*

Le tube digestif est en souffrance pendant l'évolution de la fièvre inflammatoire. C'est lui qui présente le plus souvent des localisations mobides parfois peu apparentes, mais qu'il faut bien connaître.

1. *Bouche.* — (a) La langue, les gencives et la muqueuse présentent certains phénomènes intéressants et bien étudiés par M. Bérenger Féraud.

La langue, dans les cas légers, conserve sa forme normale ou à peu près, c'est-à-dire qu'elle est elliptique, recouverte d'un enduit blanc-grisâtre peu épais, laissant paraître au pourtour de l'organe une bordure plus rouge qu'au centre. Dans les cas peu sévères, la langue redevient normale peu après l'arrivée de la rémission.

Dans les cas intenses du second degré et dans tous ceux du troisième, elle est pointue, comme triangulaire, en même temps que globuleuse, c'est-à-dire qu'elle a sa face supérieure un peu convexe au lieu d'être plane; dans ces cas, les papilles de la portion médiane offrent l'aspect d'un petit gazon blanc, sec, qui lui a valu avec raison le nom de langue d'aspect cotonneux. En même temps on voit les côtés et la pointe être d'un rouge vif; on dirait que l'épithélium a été détruit.

Au moment de la période de rémission, la langue perd cet état triangulaire qui paraît spécial à la maladie. On la voit plus étalée, moins contractée, prendre une forme plus régulièrement ovalaire.

On peut même constater le moment où la rémission est proche, en examinant la langue : tandis qu'au début et à l'apogée de la période fébrile, elle était obstinément triangulaire et pointue; quand la rémission va se faire, on la voit être tour à tour triangulaire et contractée, puis plane et ovalaire. Cet indice a permis quelquefois à M. Bérenger Féraud de prédire l'arrivée prochaine de la rémission à un moment où l'appareil pyrétique était encore tel, qu'on pouvait à première vue penser qu'il devait se prolonger longtemps.

A mesure que la rémission arrive, le gazon épithélial qui était d'un blanc brillant et sec perd de son aspect cotonneux, parce qu'il devient plus grisâtre en même temps que mat. Quelquefois dans les cas graves, on voit la langue comme dépouillée de tout ou partie de son épithélium pendant la seconde période, elle a alors l'aspect lisse comme parcheminé en certains endroits et il semble qu'elle saignerait facilement.

(b). L'état de la muqueuse buccale est différent dans la période de fièvre et dans la période de réparation. Quand la fièvre dure depuis douze ou quinze heures, on peut déjà constater que cette muqueuse buccale est plus sèche et un peu plus rouge qu'à l'état normal; elle semble congestionnée et peut être en rapport avec la sensation de soif que présente le malade.

Dans les cas légers, la rémission survenant de bonne heure et avant que les phénomènes congestifs aient eu le temps de prendre une notable intensité, il arrive que, peu après que la fièvre est tombée, la muqueuse buccale paraît être revenue à l'état normal. Dans les cas du second et du troisième degré, on voit dans les derniers temps de la fièvre cette muqueuse buccale être violacée ,et présenter les symptômes d'une congestion marquée qui peut aller dans quelques rares cas jusqu'à l'exsudation sanguine. Dans ces cas intenses, l'état congestif de la muqueuse buccale persiste pendant deux ou trois jours après la rémission, puis tend à diminuer et après une semaine il n'en reste plus de trace.

(c.) Les gencives sont boursoufflées dès la première période et présentent dès les premiers moments de la période fébrile l'enduit gingival si bien étudié et si bien décrit par mon excellent maître.

Le liseré ou enduit gingival a été positivement observé par Arnoux, à Saint-Pierre, pendant le premier trimestre 1858, sur des hommes qu'il considérait comme atteints de fièvre tyhoïde.

Le Dr Langellier-Bellevue a observé en 1869 l'enduit buccal sur des sujets atteints de fièvre jaune. Voici, en effet, ce qu'il disait dans son rapport sur le premier trimestre (hôpital Saint-Pierre) :

« C'est dans la période de réaction que se dépose sur les gencives à leur face antérieure, tantôt à la mâchoire supérieure, tantôt à l'inférieure, le plus souvent sur les deux en même temps, une matière d'un blanc mat

formant pellicule et étendue comme un voile sur les gencives. Cette matière, que je n'ai pu étudier malgré tout l'intérêt qu'elle peut offrir, a l'aspect d'une fausse membrane très mince et se détruit au moindre contact; il suffit d'un léger frottement pour la faire disparaître et trouver au-dessous la muqueuse légèrement ramollie et congestionnée. Ce symptôme, qui pendant ce trimestre n'a jamais fait défaut, paraît d'une valeur assez grande, puisqu'il peut conduire au diagnostic différentiel, entre la fièvre jaune et la fièvre inflammatoire franche. »

Plus tard, M. Langellier, en cherchant à déterminer la nature de ce qu'il appelait le voile gingival, formula que c'était de l'oïdium albicans, en d'autres termes, une production de muguet.

C'est donc au Dr Langellier, médecin en chef de la marine, qu'appartient sans conteste la première mention positive de cet enduit gingival.

Mais c'est à M. le médecin en chef Bérenger Féraud qu'appartient l'honneur d'avoir découvert la véritable nature de cet enduit et de lui avoir donné sa véritable signification. Loin d'en faire un signe différentiel entre la fièvre jaune et la fièvre inflammatoire, il en fait un signe de rapprochement. C'est ce signe joint à l'érythème du scrotum qui l'a conduit à rapprocher la fièvre inflammatoire de la fièvre jaune. Il a rendu un signalé service à la science en mettant le doigt sur la nature de ces fièvres qu'il est si important de connaître. Il a remarqué que ce signe présentait quelques variations suivant les époques et les épidémies.

Avec le concours du Dr Michel, médecin de première classe de la marine, qui en a fait l'étude microscopique, il a vu que ce n'était point une production de muguet, comme l'avait pensé M. Langellier-Bellevue, mais bien une simple desquamation de l'épithélium. Au microscope on constate que la substance est uniquement composée de plaques d'épithélium renfermant un beau noyau. En traitant cette substance par le picro-carminate, on colore le tout en rose, mais les noyaux ressortent davantage. L'ammoniaque dissout le tout, ce qui n'arriverait pas s'il y avait des tubes mycéliaux, car, d'après M. Robin, l'ammoniaque ne dissout que les substances animales.

Cet enduit se montre d'abord dans la sertissure des dents et il semble commencer par l'espace qui est entre les canines et les

molaires. Il est probable, d'après M. Bérenger Féraud, qu'il survient sur toute l'étendue de l'arc dentaire, et comme il est très fragile au début, les mouvements des lèvres dans la parole et même seulement la déglutition balaient les portions qui sont sur les gencives des incisives dans les premiers temps de son apparition. Plus tard il est sécrété en suffisante quantité pour qu'il en reste au moins des vestiges partout, même après que le malade a parlé ou bu.

Il n'occupe que la moitié de la hauteur de la gencive et cela d'une manière très régulière. On dirait, dit M. Bérenger Féraud, qu'il a été dessiné par une main habile qui en a couvert toute la portion correspondante aux alvéoles, la terminant du côté opposé aux dents par une ligne parfaitement droite. La face interne de l'arcade dentaire est aussi le siège de cette exsudation, mais elle est la moins étendue, à cause de la moindre hauteur de la gencive et aussi parce que le voisinage de la langue a pour résultat de faire disparaître l'exsudat presque au fur et à mesure de sa production. Il ne s'observe pas sur la voûte palatine, ni sur le voile du palais, ni sur les faces internes des joues; il n'est pas impossible cependant qu'il existe aussi bien sur ces parties que sur les gencives et qu'il disparaisse assez vite pour passer inaperçu. Il n'est pas impossible, en un mot, que cette desquamation épithéliale se produise sur toutes les parties de la bouche, et qu'elle soit plus apparente sur les gencives où elle se concrète. Si j'ai moins bien étudié que mon maître ce symptôme, je l'ai observé et noté bien souvent.

Cet enduit gingival si remarquable dure pendant tout le temps de la période fébrile, et à cette époque, il se reproduit assez vite, lorsqu'il a été enlevé mécaniquement.

Lorsqu'on l'enlève avec une lame de couteau non tranchante et même avec un morceau de linge, on voit que la muqueuse reste comme dépolie, veloutée ou bien granuleuse, indice que les lamelles de son épithélium ont été enlevées; elle est alors comme légèrement décolorée.

Lorsque la période fébrile tire à sa fin, cet enduit gingival ne se reproduit plus; mais là où il existait, la muqueuse reste décolorée d'une manière assez persistante pour qu'on ait souvent cru à la présence de l'enduit, alors qu'il n'y est déjà plus.

2. *Estomac.* — La congestion que nous venons d'étudier dans

la bouche s'étend à l'œsophage et à l'estomac. Le pharynx est rouge ; il y a un sentiment de sécheresse à l'arrière-gorge. Le malade éprouve un peu de brûlure ou tout au moins de chaleur au passage des aliments dans l'œsophage. L'estomac est aussi le siège d'une pesanteur, d'un poids ou d'un sentiment de brûlure ; mais les deux phénomènes les plus importants à étudier sont les nausées et les vomissements.

(a). Les nausées ne sont pas très prononcées dans les degrés légers : il est rare cependant qu'elles manquent complètement. Elles se montrent en général dès le début. En dehors, de la gêne, du poids et de l'anxiété épigastrique qu'éprouve le malade, il existe un certain dégoût pour les aliments et des envies de vomir. Dans les cas plus sévères, elles se succèdent sans transition.

Ces nausées sont un phénomène particulier et spécial à la maladie. Les malades les rapportent à une boisson désagréable ou à toute autre cause ; mais il est évident qu'elles lui sont inhérentes et même assez exactement en rapport avec l'intensité de l'atteinte. On peut, en effet, formuler d'une manière assez précise que dans les cas atténués du premier et du second degré, il n'existe qu'un état de gêne ou de malaise épigastrique, et que dans les cas plus intenses du second degré, les nausées font partie du cortège symptomatique de la maladie, de même que les vomissements appartiennent en général au troisième degré.

Quand la rémission survient, cet état nauséeux diminue et se dissipe complètement.

(b). Les vomissements sont spéciaux aux atteintes du troisième degré. Ils ne sont que l'exagération, le dernier terme de l'état nauséeux dont nous venons de parler. Ils sont souvent favorisés par une ingurgitation trop abondante de liquide, par des mouvements du corps du malade imprimés ou spontanés, mais souvent aussi ils surviennent sans cause appréciable.

Ces vomissements sont limpides ou jaunâtres, quand ils ne sont pas alimentaires. Au début, ils sont légèrement bilieux, de couleur jaunâtre. Dans quelques cas je les ai vus verdâtres, mais assez rarement. Dans d'autres cas plus rares, il sont d'un vert-foncé, s'épaississent et laissent quelquefois dans le vase un dépôt adhérent assez semblable à la substance que les anciens

nommaient atrabile. Plus tard, ils sont clairs et acides ou bien purement alimentaires. On peut voir survenir dans quelques cas mortels des vomissements dits ailes de mouche et contenant manifestement du sang.

Il semble résulter de mes observations personnelles sur les vomissements : qu'ils sont généralement bilieux au début, clairs ou alimentaires à la fin; que, si dans certains cas, la bile présente une couleur verdâtre bien manifeste, elle est le plus souvent de couleur jaunâtre et semble mal faite; que le foie excité dès le début par l'agent morbide exagère légèrement ses fonctions pour excréter le plus de bile qu'il peut, et tombe bientôt dans l'inaction; ce qui explique pourquoi on trouve si peu de bile dans la seconde période, même dans les cas suivis de mort, et pourquoi on voit succéder aux vomissements bilieux des vomissements aqueux ou alimentaires.

3. *Intestins.* — Les intestins présentent certains phénomènes qu'il ne faut pas négliger d'observer; car dans certains cas, les localisations qui se produisent de ce côté s'exagèrent et déterminent des lésions sérieuses.

Le météorisme se remarque dans bon nombre de cas. Souvent le ventre présente une distension et une sonorité inaccoutumées à une période quelconque de la maladie. Cette distension est quelquefois assez considérable pour gêner beaucoup le malade. Elle présente souvent une forme particulière; la convexité est généralement transversale, parce que l'accumulation siège principalement dans le côlon. Elle est assez rarement accompagnée de douleur ou de sensibilité abdominale, à moins qu'elle ne soit très prononcée et que l'inertie des tuniques intestinales soit très complète.

Le constipation est la règle au début. Elle fait souvent suite à de la diarrhée qui doit être considérée comme favorable; les selles bilieuses franches sont bonnes. Dans bien des cas, elles sont grises ou ardoisées et paraissent ne contenir que peu de bile. Ces selles déterminent souvent à leur passage à l'anus un sentiment de brûlure et de cuisson: elles paraissent âcres et irritantes. Je dois dire, pour être complet, que si la constipation est souvent la règle, elle souffre des exceptions. A certaines époques et sous l'influence de certaines conditions météorologiques, presque tous les cas se présentent dès le début avec

plus ou moins de diarrhée et même des selles dysentériques. A la fin des cas mortels ou dans les cas insidieux d'une très grande gravité, on constate quelquefois des traces de sang, indice d'une exsudation sanguine qui se produit à la face interne de l'intestin.

Les coliques sont encore assez fréquentes, soit au début, soit à la fin de la maladie ; elles dépendent souvent des conditions météorologiques.

### H. — *Signes fournis par les urines.*

Dans la première période de la fièvre bilieuse inflammatoire, les urines sont jaunes ou un peu rouges ; elles sont fortement chargées en matières colorantes, la teinte est surtout jaune-orangé. L'urochrone et l'indican existent en proportion notable; l'indican a été bien souvent constaté. A la seconde période, elles deviennent très souvent pâles comme de l'eau, mais avant de prendre leur coloration pâle, elles s'épaisissent et déposent quelquefois un sédiment hypostatique sur lequel nage un liquide moins foncé. A ce moment, elles ont une tendance extrême à la décomposition. Leur quantité varie également, suivant les périodes, elles diminuent à la fin de la première période. C'est surtout dans leur composition que les urines présentent des altérations et qu'elles offrent des signes intéressants à étudier.

1. La présence de l'albumine est l'altération la plus importante à signaler et mérite une étude approfondie. Nous savons que M. Vidaillet, médecin de la marine, a publié dans les archives de médecine navale, un travail intéressant, sur la présence d'une zone blanchâtre, albuminoïde, divisant le liquide en deux parties, dans les urines du début de la fièvre jaune, quand elles ont été traitées par quelques gouttes d'acide nitrique. La zone albuminoïde varie d'épaisseur, elle est soluble, dit-il, dans un excès d'acide ou plutôt prend une teinte d'un brun-verdâtre de bas en haut, probablement d'après lui par la combustion de la substance altérée et transformée par l'oxygène du réactif. A mesure qu'elle disparaît, l'urine devient effervescente, et M. Vidaillet fait remarquer que cette effervescence est encore un caractère très important, car elle n'a lieu qu'au début ou à la période de déclin, quand la maladie doit avoir une terminaison heureuse.

M. Vidaillet ajoute, dans son travail, qu'après avoir examiné une quantité très considérable d'urines, il est arrivé à pouvoir dire que lorsque l'anneau n'existe pas, il n'y a pas de fièvre jaune. Il a noté que, dans la fièvre jaune, l'albumine apparaît douze heures après l'anneau précité; elle est d'abord flottante, opaline et presque transparente comme un nuage, puis se précipite au fond du verre comme un flot de pus.

Lorsque la maladie doit se terminer heureusement, elle repasse par les modifications inverses, avant de disparaître entièrement.

Dans la fièvre bilieuse inflammatoire, on trouve des caractères à peu près semblables à ceux rapportés par M. Vidaillet à la fièvre jaune.

Dans le premier degré, si l'on verse quelques gouttes d'acide azotique dans un verre, on n'y voit d'abord aucun changement se produire. Si on force un peu l'acide, dans la proportion de 1 gr. pour 100 ou 50, on voit une légère coloration brun-violet se dessiner peu à peu.

Dans le second degré, en traitant les urines par l'acide azotique, on produit cette sorte d'anneau signalé par M. Vidaillet. A la partie inférieure du liquide, on remarque un couleur violette de plus en plus foncée due à l'acide rosacique qui accompagne les urates et l'acide urique. Au-dessus de cette couche, qui n'occupe guère que le cinquième inférieur du verre, se trouve une portion fortement colorée en violet-brun ou violet-marron occupant souvent les deux cinquièmes intermédiaires. Cette couche paraît surmontée d'une petite pellicule blanchâtre qu'on interprète de différentes manières. Elle est quelquefois si peu appréciable qu'on croit à une illusion d'optique. Quelle est la nature de cette substance; est-ce un anneau d'acide urique ou une substance véritablement albuminoïde? C'est ce qu'il est bien difficile de déterminer, d'autant qu'en faisant la contre-épreuve par la chaleur on remarque parfois un léger trouble. Il serait pourtant bien important de connaître sa véritable nature, car les faibles quantités d'albumine sont souvent aussi dangereuses que les grandes. Pour moi qui l'ai remarquée souvent et observée cliniquement, je ne puis affirmer par l'analyse chimique, que cette pellicule soit une substance albuminoïde. Cependant, dans les cas plus graves et qui pré-

menteront plus tard de l'albumine, c'est cette pellicule qui augmente d'épaisseur et forme le véritable anneau albumineux. Je ne dis pas pour cela que ce soit de l'albumine, mais il paraît résulter de mes observations personnelles qu'elle est souvent le précurseur et pour ainsi dire le substratum de l'albumine.

Au-dessus de cette portion, se trouve dans les deux cinquièmes supérieurs une couche où l'urine semble avoir conservé son apparence normale ou à peine bruni.

Cette urine présente très bien, comme le fait remarquer M. Bérenger Féraud, au degré qui nous occupe, l'apparence d'un anneau médian coloré, qui n'est pas sans avoir les analogies les plus grandes avec ce que le D[r] Vidaillet a signalé pour les urines de la fièvre jaune.

Dans le troisième degré, l'anneau albumineux est beaucoup plus épais et plus marqué. Comme je l'ai fait remarquer, il me semble que c'est cette pellicule blanchâtre qui surmonte la seconde couche qui augmente d'épaisseur. Au-dessous d'elle, on voit encore une coloration violette ou brune et même la coloration est tellement foncée dans certains cas que l'urine semble noire. Quand l'albumine est plus abondante, on ne voit plus de couches distinctes; on remarque un véritable magma qui est souvent lui-même coloré en violet ou en rose. Quand elle existe en très grande quantité, elle se précipite au fond du vase comme un flot de pus et on ne remarque plus de coloration.

L'albumine persiste dans l'urine pendant tout le temps que dure la période fébrile; et, à mesure que la fièvre diminue, cette albumine va en diminuant aussi de plus en plus. Elle repasse par les gradations qu'elle a suivies pendant la première période; au lieu d'un précipité abondant, elle forme un anneau coloré et enfin on ne retrouve plus vers la fin que les colorations signalées. Dans certains cas très graves, elle dure un certain temps après la rémission, sans qu'il soit possible de constater de tubuli.

Cette albuminurie, qui dépend le plus souvent de la congestion rénale et de la desquamation épithéliale consécutive à la tuméfaction trouble de l'épithélium granuleux, existe souvent sans lésion appréciable des reins et elle persiste parfois pendant la convalescence. Elle semble en rapport étroit avec l'état général; elle se présente avec l'état anémique des urines et une

faiblesse très grande du sujet; elle disparaît quand le sang a recouvré sa constitution normale.

2. La bile existe parfois dans les urines, mais en quantité très variable. Le plus souvent, quand on l'observe, on remarque une légère teinte verdâtre à peine appréciable et que l'on détermine avec l'acide azotique. Cette teinte légèrement verte se montre au-dessous de l'anneau coloré que nous avons signalé. Dans certains cas, il est facile de retrouver la teinte verte, en faisant la contre-épreuve avec la teinture d'iode. Dans bon nombre de cas, elle n'est point décélée avec le second réactif. Souvent elle ne fait qu'apparaître pendant un ou deux jours.

La teinte verdâtre que détermine l'acide azotique est parfois si peu appréciable, que la présence de la bile est souvent discutée. Il arrive parfois qu'en versant de l'acide dans certaines urines fortement colorées, on voit apparaître au bout d'un certain temps, une teinte verdâtre si légère qu'il faut y regarder de très près pour la percevoir. Elle se forme lentement, quelque temps seulement après que l'on a traité l'urine par l'acide; il est probable que cette teinte particulière résulte du mélange de deux couleurs complémentaires, le jaune et le bleu, qui sont les matières colorantes principales de l'urine. Dans d'autres cas plus rares, la bile existe en quantité appréciable et coïncide avec une teinte jaune plus foncée du sujet.

Il m'a donc semblé que la bile était relativement rare dans les urines, qu'elle ne se montrait dans quelques cas que d'une manière passagère et en faible quantité; que parfois sa présence était très manifeste. Il semble aussi que la quantité de bile relativement peu considérable que l'on trouve dans les urines est insuffisante pour expliquer la teinte jaune des malades. J'estime que la teinte jaune des tissus est due le plus souvent à une autre cause qu'à la bile : du reste quand la bile apparaît dans les urines, la coloration du sujet augmente d'intensité et change d'aspect. Le foie fonctionne généralement peu et fait peu de bile ou l'élabore mal; ce sont peut-être les principes qui devaient servir à la former qui restent dans le sang et colorent les tissus; ce serait un faux ictère ou hématogène. Quand l'atteinte a été grave et que le foie peut reprendre son fonctionnement normal, la bile apparaît dans les urines et colore les tissus en jaune foncé; il y a alors un véritable ictère biliphéique.

3. L'urée mérite de nous occuper un instant. On a considéré pendant longtemps comme étroitement unis par les liens de cause à effet deux phénomènes, la chaleur et la quantité d'urée éliminée ; mais leurs variations sont souvent contradictoires et cette discordance a été signalée par M. Bouchard, qui avait remarqué qu'on trouvait beaucoup d'urée dans le foie et très peu dans les muscles. Cyon fit à ce sujet de nombreuses expériences ; il constata que l'urée existait en plus grande quantité dans les veines sus-hépatiques que dans la veine porte. Cette idée fut le point de départ de recherches sérieuses, de la part de M. Brouardel. (*L'urée et le Foie. Variations de la quantité de l'urée éliminée dans les maladies du foie*, Paris 1877.) Il a paru démontré à ce savant professeur que c'était l'état du foie qui agissait comme influence dominante sur la sécrétion de l'urée. Il a constaté aussi que cette opinion n'était pas nouvelle, que des physiologistes et des pathologistes l'avaient émise les uns d'une façon absolue, les autres à titre d'hypothèse. Appuyant ses travaux sur des preuves assez multiples, puisant à toutes les sources et groupant ces divers matériaux, M. Brouardel a été amené à cette conclusion que :

La quantité d'urée secrétée et éliminée en 24 heures est sous la dépendance de deux influences principales :

1. L'état d'intégrité ou d'altération des cellules hépatiques ;

2. L'activité plus ou moins grande de la circulation hépatique.

Avant de discuter la marche de l'urée dans la fièvre bilieuse inflammatoire et d'essayer d'interpréter les données de M. Brouardel sur la formation de l'urée, nous allons donner un tableau comparatif montrant la marche de la température et de l'urée dans la maladie qui nous occupe. Ce tableau est la moyenne des nombreuses observations que j'ai faites à la Guyane, tant au Maroni qu'à Cayenne. J'ai recherché l'urée dans les urines toutes les fois que je l'ai pu, car je crois qu'il y a dans cet élément une source précieuse d'enseignements. C'est par le procédé du docteur Esbach, que l'urée a toujours été recherchée. Les conditions du milieu ambiant étaient à peu près les mêmes pour toutes les séries d'analyses. Le calcul s'est fait pour les conditions ordinaires ; sous la pression voisine de 760 millimètres et à la température moyenne de 25, qui varie peu à la Guyane ;

aussi nos analyses sont-elles assez justes pour la clinique et pleinement comparatives. L'albumine n'a pas toujours été séparée, mais sa présence ne donne qu'une erreur en plus et encore assez peu sensible pour des recherches purement cliniques. En tous les cas, cette erreur ne ferait que diminuer nos chiffres d'urée ; c'est précisément cette diminution graduelle et prolongée de l'urée que nous voulons bien faire remarquer.

## TABLEAU

### DE LA TEMPÉRATURE ET DE L'URÉE.

| JOURS de la maladie | TEMPÉRATURE | | QUANTITÉ DES URINES | | URÉE EXCRÉTÉE | | TOTAL de l'urée excrétée en 24 h. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | matin. | soir. | matin. | soir. | matin. | soir. | |
| 1 | 40.4 | 40.6 | 700 | 900 | 12.60 | 16.80 | 29.40 |
| 2 | 39.4 | 40 | 1200 | 800 | 14.54 | 11.48 | 26.02 |
| 3 | 38.8 | 38.2 | 900 | 500 | 12.56 | 8.20 | 20.56 |
| 4 | 39.6 | 40.2 | 700 | 500 | 10.22 | 6.18 | 16.40 |
| 5 | 39.2 | 39.8 | 800 | 400 | 8.74 | 4.37 | 13.11 |
| 6 | 38.2 | 38.4 | 500 | 400 | 7.42 | 5.12 | 12.54 |
| 7 | 37.4 | 38 | 425 | 260 | 11.00 | 6.50 | 17.50 |
| 8 | 37.2 | 37.4 | 400 | 250 | 6.00 | 3.55 | 9.55 |
| 9 | 37.3 | 37 | 500 | 1000 | 3.73 | 2.40 | 6.13 |
| 10 | 37.3 | 37 | 800 | 950 | 2.00 | 2.38 | 4.38 |
| 11 | 37 | 37 | 1800 | 750 | 5.40 | 4.20 | 9.60 |
| 12 | 36.8 | 37 | 900 | 700 | 8.21 | 7.18 | 15.39 |
| 13 | 36.4 | 36.8 | 810 | 540 | 6.85 | 5.23 | 12.08 |
| 14 | 36.8 | 38.2 | 1000 | 800 | 5.10 | 4.80 | 9.90 |
| 15 | 37 | 37 | 800 | 700 | 6.54 | 4.56 | 11.10 |
| 16 | 36.8 | 37.2 | 600 | 400 | 7.40 | 3.75 | 11.15 |
| 17 | 37 | 37 | 600 | 400 | 4.20 | 2.17 | 6.27 |
| 18 | 37 | 37.4 | 1200 | 800 | 3.20 | 1.36 | 4.56 |
| 19 | 37 | 39.6 | 1200 | 800 | 3.15 | 1.45 | 4.60 |
| 20 | 37 | 37.2 | 800 | 700 | 2.35 | 2.20 | 4.55 |
| 21 | 37 | 40.4 | 800 | 700 | 2.15 | 2.12 | 4.27 |
| 22 | 37 | 37.2 | 1200 | 800 | 10.16 | 8.14 | 18.30 |
| 23 | 37 | 40.8 | 1200 | 800 | 6.20 | 4.16 | 10.36 |
| 24 | 37.2 | 37.2 | 800 | 700 | 5.45 | 3.15 | 8.60 |
| 25 | 37.2 | 37.6 | 800 | 700 | 5.45 | 3.15 | 8.60 |
| 26 | 37.2 | 37.2 | 800 | 700 | 4.85 | 3.12 | 7.97 |
| 27 | 36.8 | 37.4 | 800 | 500 | 2.54 | 2.25 | 4.79 |
| 28 | 37 | 37.4 | 700 | 500 | 2.35 | 1.28 | 3.63 |
| 29 | 37 | 37.2 | 800 | 400 | 3.24 | 1.32 | 4.56 |
| 30 | 37 | 37.2 | 600 | 500 | 2.40 | 2.05 | 4.45 |

On comprendra facilement que je n'aie pu donner dans ce tableau qu'un aperçu général des rapports de la température et de l'urée. Il est difficile de prendre des moyennes exactes, quand

on doit tenir compte de ces deux éléments à la fois et les comparer ensemble. Il eût certainement mieux valu donner plusieurs tableaux reproduisant chacun le résumé d'une observation au point de vue que nous étudions, mais alors j'aurais été entrainé au delà des limites assignées à cet ouvrage. Toutefois, je puis certifier que ce tableau donne une idée assez exacte de l'ensemble des observations. Il y a certainement bien des variations à prévoir ; je compte bien ne pas les passer sous silence et je ne manquerai pas de noter au bas des tracés thermographiques la quantité des urines et de l'urée, à certains jours et à certains moments.

Ainsi j'ai observé quelquefois une augmentation assez considérable de l'urée. J'ai noté dans certains cas 50 et même 60 gr. d'urée par litre, mais d'une manière toute passagère. Pour expliquer ces faits particuliers, devait-on penser à une complication paludéenne ou plutôt à l'exagération du fonctionnement du foie sous l'influence d'une cause palustre concomitante? C'est ce que je ne saurais décider pour le moment. D'un côté, les variations de l'urée dans la fièvre de nature essentiellement paludéenne ne sont pas encore assez nettement établies, et d'un autre côté, je trouve signalé ces faits d'augmentation brusque et passagère de l'urée dans les maladies diverses : quelquefois dans la fièvre typhoïde, souvent dans la fièvre à rechutes. M. Brouardel a trouvé 70 gr. d'urée dans un cas d'entérite ulcéreuse de nature indéterminée ; il fait remarquer qu'au moment où le chiffre de l'urée s'est élevé jusqu'à 70 gr., le nombre des globules rouges est tombé en 48 heures de 4,300,000 par mil. cube à 2,800,000.

Sans nous appesantir plus longtemps sur ces exceptions, nous dirons qu'il semble que le chiffre de l'urée dans la fièvre bilieuse inflammatoire se trouve toujours beaucoup au-dessous du chiffre normal et qu'elle reste longtemps dans des limites tout à fait inférieures.

Au commencement de la première période, la congestion du foie se traduit par une suractivité de la circulation de l'organe et l'urée augmente légèrement, ce qui explique les chiffres de 29 et 30 que l'on trouve souvent, quand on peut observer la maladie dès le début. Il est probable qu'après ce premier coup de fouet donné à l'organe hépatique, la circulation est moins ac-

tive et le fonctionnement de la glande moins régulier; aussi l'urée descend graduellement, malgré la persistance de la fièvre et on la voit atteindre des chiffres relativement peu élevés. Les accès de fièvre que l'on voit survenir quelquefois dans la convalescence ne sont point précédés par une augmentation de l'urée, comme dans les accès paludéens; il m'a toujours semblé que ces accès étaient annoncés par la pâleur de l'urine et la diminution de l'urée. On voit de temps en temps l'élimination de l'urée procéder par poussées qui sont loin d'être toujours en rapport avec la température. Même quand elle augmente, l'urée est loin d'atteindre le chiffre normal.

Un fait caractéristique, c'est que l'urée tombe à des chiffres tout à fait minimes, longtemps après que la convalescence est établie. Il n'est pas rare de voir l'urée, un mois et même deux mois après le début de la maladie, réduite à 3 ou 4 gr. en 24 heures. S'il survient un accès de fièvre à cette époque, elle augmente peu ou pas du tout. C'est que le foie est à peu près inactif, envahi souvent par la dégénérescence graisseuse, comme le prouve l'anatomie pathologique. Tant que l'urée reste à ces chiffres tout à fait inférieurs, il y a encore imminence morbide et les rechutes ou les complications sont alors faciles à expliquer.

4. Les urates au contraire augmentent de quantité et sont souvent accompagnés de mucus. Il n'est pas rare de trouver 3 gr. d'acide urique en 24 heures. Ce produit se trouve souvent en rapport avec la prédominance des matières colorantes, l'urochone et l'uroxanthine. Ce sont autant de produits secondaires qui prouvent que les combustions ne sont point complètes.

Il arrive un moment, entre la première et la seconde période où les phosphates existent aussi en grande quantité. Ce sont surtout des phosphates ammoniaco-magnésiens qui coïncident souvent avec l'effervescence des urines. C'est précisement à ce moment, en effet, que les urines sont effervescentes et qu'elles ont une tendance extrême à la décomposition. Cette effervescence et cette décomposition facile seraient-elles dues à la présence des phosphates ou des urates, ou du mucus, nous ne saurions le dire. Nous signalons la coïncidence de ces phénomènes.

L'effervescence des urines au moment de la rémission a attiré

spécialement mon attention, car j'étais frappé de voir les urines offrir facilement ce phénomène et se décomposer avec facilité. Quand l'effervescence était considérable, on pensait que les urines avaient séjourné dans un urinoir sale, contenant des ferments et agissant rapidement dans les pays chauds pour la décomposer. Quand elle était peu considérable, et qu'elle se manifestait dans des urines parfaitement pures n'ayant pas séjourné dans l'urinoir, on pouvait penser qu'elle était due à l'acide azotique contenant un peu d'acide hypoazoteux décomposant l'urée. Dans certains cas que j'ai suivis et observés avec soin, il a fallu admettre une tendance à la décomposition propre et spéciale à l'urine, due sans doute aux produits excrétés à ce moment. Il eût été très important de doser la quantité des matières dites extractives dont l'accumulation dans le sang, plus encore que celle de l'urée, produirait l'autotoxhémie (Chalvet).

Je ne terminerai pas cette analyse sommaire des principales altérations de l'urine dans la fièvre bilieuse inflammatoire, sans jeter un coup d'œil comparatif sur celles qu'on rencontre dans la fièvre jaune. Nous voyons alors l'analogie la plus évidente : présence de l'albumine, diminution de l'urine et de l'urée, augmentation des urates et des phosphates, tendance à la décomposition des urines.

### I. — *Tendance aux hémorrhagies.*

Les hémorrhagies qui s'observent quelquefois dans la fièvre inflammatoire appartiennent à la première ou à la seconde période.

Dans la période fébrile, c'est presque exclusivement l'épistaxis que l'on constate. Cette épistaxis se montre rarement à la période prodromique, comme dans la fièvre typhoïde, mais plutôt après l'établissement de la fièvre ; cette hémorrhagie semble être alors un mouvement critique survenant par excès de congestion de la muqueuse olfactive et quelquefois même elle paraît exercer une influence résolutive très heureuse sur la maladie. C'est parfois aussi un épiphénomène n'ayant aucune influence sur la marche de la maladie; elle indique même dans certains cas un état assez grave.

On signale encore dans des cas très rares une hémorrhagie buccale; c'est plutôt une simple disposition de la langue à saigner que l'on observe parfois, quand on essuie cet organe avec un linge. Cette tendance à saigner de la langue est parfois assez appréciable dans les atteintes très sérieuses.

Dans la seconde période, on observe quelquefois des hémorrhagies et elles sont bien alors sous la dépendance de l'altération profonde du sang. Elles peuvent se faire par la bouche, le nez ou l'intestin et quelquefois par les solutions de continuité de la peau. Je me contente de signaler ici cette tendance qu'ont les muqueuses à saigner, car il n'est pas rare dans l'intestin de trouver des traces de sang, mais je compte m'appesantir d'une façon toute particulière sur ces hémorrhagies souvent mortelles qui arrivent dans la deuxième période, à un moment souvent très éloigné de la rémission; elles sont d'autant plus dangereuses que souvent on ignore la cause première et que l'on ne sait pas assez que la fièvre bilieuse inflammatoire peut déterminer de graves hémorrhagies, souvent à une époque très éloignée de son début.

# CHAPITRE VI

## Anatomie pathologique.

Dans l'état actuel de la science, l'anatomie pathologique de la fièvre dite bilieuse inflammatoire est bien difficile à faire. C'est à peine, en effet, si cette maladie vient d'être tirée du chaos. M. le médecin en chef Bérenger Féraud. en étudiant le premier cette maladie d'une manière complète, n'a point voulu en faire une entité morbide spéciale ou nouvelle; il a cherché seulement à la dégager de ce qui lui était étranger, mais il a voulu aussi lui rendre tout ce qui lui appartenait en lui donnant sa véritable signification. Il la rapproche avec juste raison de cette terrible maladie, le typhus amaril, qui n'en serait que l'expression la plus grave et la plus intense. Et si l'une est foudroyante et mortelle, l'autre est légère et curable tant qu'elle reste à son état primitif de fièvre inflammatoire.

Il est aisé de comprendre que les différences entre ces deux affections ne portent point seulement sur la terminaison, mais qu'elles se manifestent aussi dans les symptômes et les lésions. Dans la véritable fièvre jaune avec son cortège le plus effrayant, c'est à peine si l'on peut, pendant la vie, mettre la main sur quelques symptômes à peu près certains et après la mort sur quelques lésions à peu près constantes. C'est une maladie qui agit par surprise et en dessous, qu'on me passe l'expression, pour terrasser son sujet.

On comprendra facilement cette manière d'agir, si l'on se rappelle que l'altération primitive de cette maladie porte sur le liquide sanguin et secondairement sur le système nerveux et les organes. Mais si elle n'est pas assez forte pour tuer du premier coup, on assiste à une série de phénomènes, tous plus variables les uns que les autres. La mort n'a qu'à survenir après un certain temps de cette lutte toujours très longue et très pénible et on ne trouve pour ainsi dire aucune trace bien évidente du coup qui a été primitivement porté.

Et si maintenant l'on suppose que l'ennemi qui attaque soit toujours trop faible pour tuer du premier coup, il en résulte que l'on a beaucoup de chances pour se sauver et guérir. Que si la mort arrive, c'est toujours par le fait d'une cause occasionnelle venant ajouter son effet à l'action première ou bien par des complications survenant chez un individu déjà abattu. En cherchant avec soin on trouvera le passage du premier ennemi qui aura été la cause de tout, mais ce ne sera pas toujours sans peine.

Voilà ce qui fait la difficulté de la question ; voilà pourquoi il est difficile de dire dès à présent quelle est la lésion qui correspond réellement à la fièvre inflammatoire. Ajoutez à cela que les fièvres inflammatoires sont souvent décorées du nom de fièvres pernicieuses, rémittentes bilieuses ou autres, et vous aurez l'énigme du problème.

Quoi qu'il en soit, je vais tâcher de décrire les lésions, si peu apparentes qu'elles soient, qui appartiennent en propre à la fièvre inflammatoire.

Avant d'étudier les différents systèmes et les lésions qui y correspondent, je vais présenter des observations dont je m'efforcerai de faire ressortir les altérations. La grande difficulté est de donner des observations qui appartiennent réellement à la fièvre bilieuse inflammatoire. Cette maladie est encore dans l'enfance ; elle n'est pas encore suffisamment dégagée de ce qui l'entoure et qui lui est étranger, pour qu'on puisse dire d'après certains symptômes que c'est bien à cette maladie que l'on a affaire. Il me faudra, par conséquent, avant de relater les lésions qui appartiennent à la fièvre bilieuse inflammatoire, bien établir que les cas sur lesquels je m'appuie sont de véritables cas de fièvre inflammatoire. On comprendra, je l'espère, tout mon embarras et je suis persuadé à l'avance que l'on tiendra compte de mes efforts, en me pardonnant les imperfections qui pourront se glisser dans un semblable travail.

### Observation XVII.

Chabuel, soldat d'infanterie de marine, seize mois de Guyane ; deux mois de Martinique, où il avait séjourné en passant et où il avait été indisposé pendant quelques jours, pour un ictère, sans entrer à l'hôpital ; n'avait jamais été malade, ni en France, ni à la Guyane. Arrivé au Maroni le 11 oc-

tobre 1878, par l'*Estafette*. A son départ de Cayenne, le 6 octobre, il se sentait indisposé, il pouvait à peine se tenir dans les rangs. Depuis le 6 octobre, se disait malade et avait éprouvé de la fièvre ; il s'était présenté à l'infirmerie du régiment, avait pris deux fois de la quinine et du sulfate de soude. Sur le bateau, avait éprouvé beaucoup de fatigue ; la fièvre avait augmenté ; ses camarades lui avaient donné à boire et à manger.

Dès son arrivée au Maroni, il peut à peine marcher et on le conduit à l'hôpital où il entre le 11 octobre, à 8 heures du soir. A son entrée, la température est à 39,6. La langue est sèche et rôtie ; soif très vive. Les conjonctives sont jaunes et injectées. Liseré des gencives ; érythème du scrotum peu marqué. Il existe une éruption de boutons sur tout le corps. Surdité. Ne se plaint que de la tête et de faiblesse dans les jambes. Les urines sont d'un jaune-rouge. Avec un lavement, on provoque deux selles noires. *Prescription* : Feuilles d'oranger ; ipéca 1 gr. 50. Potion : Acétate d'ammoniaque 10 gr.; lavement au séné et au sulfate de soude ; potion tonique.

12 octobre. 8 heures du matin, T. 40,6 ; pouls à 120 ; respiration à 52, très accélérée, mais régulière ; pas de vomissements, même avec l'ipéca. Les urines sont rouges et ne contiennent pas d'albumine. Midi T. 41.

Une heure après-midi. T. 39,6 ; 4 heures du soir. T. 40; pouls à 124, difficile à compter ; respiration à 60, anxieuse, régulière. Le facies est typhoïde ; photophobie. La bouche est ouverte, langue humide, moins rôtie que ce matin. Tête chaude ; céphalalgie. Selles très abondantes avec le lavement, elles sont liquides et contiennent des boules noires et sont fétides. Coma tranquille ; haleine très mauvaise. Répond à peine aux questions. Pas de difficulté pour avaler. Le ventre n'est ni douloureux, ni météorisé ; pas de gargouillements ; pas de matité splénique ; pas de matité du côté du foie. Rien dans la poitrine. Il existe sur tout le corps une éruption vésiculeuse formant de petites croûtes qui sont devenues noires. Les extrémités sont froides ; selles involontaires.

Décédé le 12 octobre, à 5 heures du soir. La température, au moment de la mort, s'est élevée à 41,2 et elle s'est maintenue à ce niveau près d'une heure après le décès.

Autopsie faite 13 heures après la mort.

*Habitus extérieur.* — Stature élevée ; système musculaire et embonpoint développés. Rigidité cadavérique peu prononcée, légère chaleur. Teinte subictérique de la face, du cou, des membres ; teinte ecchymotique des parties latérales et postérieures du thorax, très accusée. Au-dessous des deux mamelons, petites pustules, grosses comme une tête d'épingle, entourées à la base d'un cercle pétéchial ; ces symptômes avaient été constatés, moins confluents toutefois, 5 ou 6 heures avant la mort.

Le scrotum présente sur sa face antérieure une coloration plus rouge que

sur le reste. L'épiderme est sec, comme écailleux. A la coupe on constate de l'hypérémie dans les tissus, ce qui n'a pas lieu à la face postérieure et nférieure où le sang aurait dû s'accumuler davantage par l'hypostase.

Cet érythème constaté *post mortem*, ne s'est pas montré pendant la vie, comme on s'en est assuré à différentes reprises dans la journée du décès.

*Appareil digestif.* — Enduit blanchâtre sur les gencives; langue sèche, non fendillée, non rôtie.

*Estomac.* — Transposition à droite de ce viscère. Recouvert par le foie, il est modérément distendu par des gaz; très pâle à l'extérieur; l'épiploon gastro-hépatique et le tiers supérieur du feuillet antérieur du grand épiploon sont chargés de graisse. La paroi interne est ecchymosée sur une vaste étendue, les deux cinquièmes du voisinage du cardia (qui est à droite). Les vaisseaux y ont un volume considérable. Du côté du pylore, quelques pointillés; les plis et les mamelons sont très développés. Le contenu de l'estomac est muqueux, abondant; pas de traces de sang.

Le duodénum, le jéjunum et l'iléon (à gauche) contiennent, les deux premiers surtout, une substance glaireuse, jaunâtre, presque liquide dans le duodénum; l'iléon présente des follicules clos très gros, mais pas de plaques de Peyer bien apparentes. Dans le cinquième inférieur de l'intestin grêle, arborisations devenant de plus en plus confluentes, au point de ressembler au niveau de la valvule de Bauhin aux ecchymoses stomacales.

Gros intestin météorisé, ne présente rien d'anormal. Le foie est très gros; occupe toute la face inférieure du diaphragme. Par sa conformation, il est transposé à gauche, mais pas franchement, car son plus gros lobe est encore à droite; il recouvre le cardia. La vésicule biliaire est à $0^m,03$ cent. environ de l'axe du corps et à gauche. La couleur de l'organe est uniformément ardoisée.

Vues au microscope, les cellules hépatiques sont troubles, ne présentent que très rarement de noyau, encore celui-ci est-il petit et à moitié masqué par des granulations abondantes et fines, les unes réfringentes (graisse), les autres jaunes (pigment biliaire).

Au niveau de la vésicule biliaire, sur le lobe carré, pétéchies lenticulaires superficielles. Le sang est réellement extravasé, comme le montre la coupe. Les canalicules et canaux biliaires sont vides; à peine montrent-ils une fort petite quantité de bile très fluide, presque incolore. Les vaisseaux sont complètement vides; on ne peut par la pression en faire sourdre la moindre goutte de sang.

Le tissu est ramolli partout; le doigt y pénètre de lui-même. La tunique du foie n'est pas épaissie. La vésicule biliaire est incomplètement remplie d'une bile fluide, jaune-carotte, 12 à 15 gr. à peine.

La rate (située à droite) est peu volumineuse; ce n'est plus qu'une poche de bouillie rougeâtre et diffluente

Les reins sont pâles, intus et extra.

*Appareil respiratoire.* — Poumons très sains; hypostase postéro-inférieure. Écume très légèrement rougeâtre dans les grosses bronches.

*Appareil circulatoire.* — Cœur situé à droite; la direction de son grand axe est légèrement de droite à gauche. Toutefois la base correspond au troisième espace intercostal droit, la pointe au niveau de la sixième côte, à demi-distance du mamelon et du sternum. Le bord du ventricule aortique est un peu oblique; le bord du ventricule pulmonaire est perpendiculaire (et parallèle au bord droit du sternum). L'organe est petit, ferme, un peu décoloré. Au niveau du sillon auriculo-ventriculaire du côté droit, c'est-à-dire du côté de l'oreillette qui reçoit les veines pulmonaires (ou oreillette gauche), on aperçoit de petites ecchymoses dans le tissu cellulo-adipeux, ecchymoses très récentes comme l'indique la coloration presque rosée. Le cœur est complètement vide de caillots; quelques gouttes à peine d'un sang décoloré; valvules saines.

Péricarde et sa sérosité, normaux. En coupant l'aorte, les veines et l'artère pulmonaire, les veines caves, on est étonné de la minime quantité de sang fluide et décoloré que versent ses canaux.

*Appareil veineux.* — Méninges congestionnées passivement. Sinus gorgés de sang, nulle trace d'inflammation. Une chose qui paraît surprenante (vu la date de la mort, 13 heures avant l'autopsie, et l'invasion de la maladie, 6 jours au moins avant la mort), le cerveau est très ferme, c'est le plus ferme que j'aie jamais vu dans les nécropsies à la Guyane. A la coupe il est très pâle. Il n'y a rien à signaler, ni dans les ventricules, ni dans la substance cérébrale et cérébelleuse elles-même. (Observation recueillie par M. Flagel, médecin de deuxième classe de la marine.)

Si j'avais observé ce fait, peu de temps après mon arrivée à la Guyane, au lieu de l'observer après deux ans de séjour, je n'aurais pas hésité à porter le diagnostic d'accès pernicieux et mon esprit eût été à peu près satisfait. Mais après de nombreuses observations et de sérieuses réflexions sur la nature des maladies qui règnent à la Guyane, j'ai remarqué que beaucoup de fièvres indéterminées étaient appelées fièvres pernicieuses et que ce titre n'était pas toujours justifié. D'un autre côté, j'ai assisté à Cayenne à une épidémie de fièvre jaune qui m'a présenté certains caractères particuliers, dans les symptômes et même dans la gravité. Au Maroni, j'ai vu des cas qui m'ont particulièrement frappé. Des personnes avaient la fièvre pendant trois ou quatre jours; la rémission s'établissait et la maladie paraissait guérie. Sous l'influence d'une exposition au

soleil, de fatigue et d'erreur de régime, la fièvre reprenait avec beaucoup plus de force et malgré toute la quinine que l'on pouvait administrer par la bouche ou par la méthode sous-cutanée, le malade succombait en présentant des vomissements noirs, une teinte jaune caractéristique qui ne s'accentuait le plus souvent qu'au moment du décès ; enfin, le foie était café au lait et chargé de graisse. J'étais arrivé à penser que la fièvre, lorsqu'elle n'affecte pas le caractère épidémique à un haut degré, se présentait avec des allures tout à fait trompeuses. Les observations que faisait en même temps à la Martinique M. Bérenger Féraud ont fixé mon esprit et j'adoptai comme lui, l'expression de fièvre bilieuse inflammatoire pour caractériser tous ces cas qui ne sont point justiciables de la quinine et qui dans certaines conditions déterminées aboutissent à la véritable fièvre jaune ; j'ai conclu, sinon à l'identité de formes, du moins à l'identité de nature, avec atténuation de la puissance morbifique.

Peut-on, dans le cas actuel, formuler le diagnostic accès pernicieux, sans éprouver une certaine hésitation? La rate est bien ramollie, mais elle est rougeâtre plutôt que noire. En ne considérant que cette lésion, on peut cependant être satisfait en disant fièvre pernicieuse. Mais en analysant sérieusement ce cas, on voit que la lésion dominante est une altération du sang manifestée par des ecchymoses et des pétéchies. Tous les vaisseaux sont dilatés et vides de sang et la rate qui peut être considérée comme un diverticulum du torrent sanguin est le seul organe qui en contienne en quantité notable; mais ce sang ne donne qu'une bouillie rougeâtre, sans doute par la destruction ou l'altération profonde des globules rouges.

L'évolution de la maladie est importante à considérer. Sa marche s'est faite en 6 jours. Cet homme n'avait jamais été malade et n'avait jamais eu d'accès de fièvre. Sa constitution était très vigoureuse, sa musculature très développée. La mort est survenue, parce qu'il s'est trouvé placé dans de mauvaises conditions, au moment où la maladie venait d'impressionner fortement cet organisme. La marche de la température n'a pu être prise et nous ne pouvons point nous baser sur elle.

Il est probable qu'elle a présenté des rémissions, mais nous savons d'une part qu'il ne faut pas toujours s'en rapporter aux impressions du malade ou aux sensations que l'on éprouve

en le touchant, surtout quand il est exposé à l'air et d'une autre part nous savons que la marche rémittente de la maladie est assez commune.

Peut-on penser qu'un accès pernicieux soit venu foudroyer en 6 jours, un homme robuste, n'ayant jamais eu d'accès de fièvre? Il faisait le service ordinaire de la caserne, n'avait point été travailler au jardin militaire qui est souvent mis en cause pour expliquer le paludisme que l'on voit un peu partout à la Guyane; et brusquement, sans cause appréciable, il est pris d'une fièvre que la quinine est impuissante à enrayer et qui l'emporte rapidement. Ne vaut-il pas mieux la rapporter à une autre cause infectieuse, plutôt qu'à l'action pure et simple du paludisme?

Pour ma part, je n'hésite pas à diagnostiquer ici un cas de fièvre bilieuse inflammatoire et à rejeter l'épithète d'accès pernicieux, pour plusieurs raisons. D'abord, la marche de la maladie a évolué rapidement, puisque 6 jours ont suffi pour enlever un homme robuste, d'une constitution presque athlétique; les accès pernicieux ne surviennent généralement que chez les personnes anémiées, débilitées et ayant eu de nombreux accès de fièvre.

L'état de la rate peut se rapporter aussi bien à une autre maladie infectieuse qu'au paludisme; c'est ainsi qu'on trouve la rate augmentée de volume, dilatée et réduite en bouillie, dans des maladies diverses : dans le typhus et la fièvre typhoïde. Louis trouva la rate amollie dans 34 cas de fièvre typhoïde sur 46, et dans 7 elle était réduite à une masse de putrilage.

L'enduit pultacé des gencives, l'érythème du scrotum, les pétéchies lenticulaires dans le foie et le cœur, l'état graisseux du foie; telles sont les lésions sur lesquelles est étayé mon diagnostic de fièvre bilieuse inflammatoire.

Le fait de transposition des viscères est un cas d'anomalie très intéressant qui mérite d'être signalé, mais qui n'a rien à faire avec la thèse que nous soutenons.

### Observation XVIII.

Sipoly Edouard, âgé de 22 ans, du département du Gard, soldat d'infanterie de marine, entre à l'hôpital militaire de Cayenne, le 24 décembre 1876.

Cet homme n'a jamais été malade et n'a dans sa famille aucun antécédent qui puisse expliquer la symptomatologie qu'il présente.

Arrivé dans la colonie au mois d'octobre 1876, il s'était toujours bien porté, lorsque huit à dix jours avant son entrée à l'hôpital, il vit survenir aux jambes une légère éruption de taches rouges. Il n'y fit point attention et continua son service. Le 22, il aperçut une mouche fixe dans l'œil gauche et c'est ce motif qui le fit entrer à l'hôpital le 24 décembre 1876.

Le malade est pâle et anémié, mais il a, dit-il, toujours eu le teint mat. On voit sur les jambes et le front une éruption légère de purpura. La peau est brune, le pouls vibrant et un peu rapide.

25 décembre. Les taches de purpura se sont étendues à tout le corps; les gencives sont tuméfiées, ecchymosées et sont le siège d'un suintement sanguin.

L'examen ophtalmoscopique permet de constater une tache noire dans la macula et au-dessus de la papille et en dehors (à l'image renversée) une hémorrhagie récente rouge, allongée de haut en bas. Les vaisseaux rétiniens sont turgescents.

26. Même état.

27. Le malade ne souffre pas. L'éruption est plus confluente et prend les caractères de l'hémophilie; le moindre choc, le moindre attouchement donne lieu à une ecchymose sous-cutanée. On voit survenir une ecchymose de la paupière supérieure gauche, qui s'étend bientôt à la paupière inférieure et à la conjonctive.

Les gencives présentent le même état; la joue gauche est tuméfiée et douloureuse. La peau est chaude et sèche; le pouls fréquent et vibrant; cependant l'appétit est bon, les voies digestives sont en bon état; les poumons sont sains. Le cœur semble hypertrophié; la pointe bat dans le septième espace, au-dessous du mamelon. La matité est exagérée de haut en bas. L'auscultation permet de constater un bruit de souffle au premier temps à la base. Ce bruit assez fort se prolonge vers les vaisseaux du cou, où il devient continu et donne à l'oreille la sensation du bruit de diable.

L'examen ophthalmoscopique montre que les hémorrhagies rétiniennes ont augmenté. De nouvelles taches se sont faites autour de la papille et la périphérie est également le siège de petits points hémorrhagiques. L'œil droit aussi est atteint; l'image renversée permet de constater une grosse hémorrhagie, en dehors de la papille, et plusieurs petites à la périphérie. Soir. T. 39,8; pouls à 120.

28. décembre. Le malade est dans un état de somnolence légère et ne se plaint nullement. Matin. T. 39,2; pouls à 120. Soir. T. 40; pouls à 118.

29. Même état; somnolence plus marquée; la joue gauche a une teinte bleu-verdâtre. Matin. T. 38,8; pouls à 112.

30. Légère ecchymose à la paupière inférieure droite; le malade reste couché et mange peu. Matin. T. 39,2; pouls à 124.

Vers 10 heures du matin, il a eu un vomissement grisâtre. A partir de ce moment, il n'a plus parlé; il ne veut prendre ni boisson, ni nourriture. Il reconnaît les personnes, mais ne répond pas. Il ne présente aucun symptôme de paralysie, ni du mouvement, ni de la sensibilité, le cœur bat au-dessous du sixième espace et en dehors du mamelon. Les symptômes stéthoscopiques sont les mêmes. La peau est un peu chaude, la température ne peut être prise, à cause de l'agitation du malade; pouls à 128.

Le malade meurt le 31 décembre 1876, à 3 heures du matin. Il a présenté un peu d'agitation, jusqu'à ses derniers moments.

Autopsie faite 6 heures après la mort.

*Habitus extérieur.* — Homme de taille moyenne, apparence robuste; peau fine, blanche, sans le moindre indice d'ictère, parsemée de taches de purpura.

*Cage thoracique.* — Le péricarde renferme environ 100 gr. d'un liquide sanguinolent; les cavités pleurales sont libres de toute adhérence et ne contiennent pas de liquide.

*Cœur.* — Le cœur est volumineux, dur, contracté; toute sa surface extérieure offre une coloration noire, due à de vastes ecchymoses sous-péricardiques; les oreillettes sont vides et épaissies par des épanchements sanguins qui ont leur siège dans les colonnes musculaires. Les deux ventricules sont vides, exsangues et présentent de nombreuses ecchymoses sous-endocardiques. Les orifices auriculo-ventriculaires et artériels n'offrent pas la moindre trace d'altération.

La coupe des parois cardiaques, ainsi que celle de la cloison, permet de constater la présence d'un grand nombre d'hémorrhagies dans le tissu musculaire lui-même.

*Poumons.* — La surface extérieure des poumons offre quelques ecchymoses sous-pleurales. La coupe du tissu pulmonaire montre un certain nombre de petits infarctus, surtout périphériques. En général, les poumons sont sains.

*Cavité abdominale.* — Le tube intestinal n'offre rien de particulier. L'estomac renferme un peu de matière gris-verdâtre, semblable à celle des vomissements; il n'y a pas d'apparence de sang dans le tube digestif. La cavité péritonéale ne contient qu'une très petite quantité de sérosité; mais à gauche, dans le tissu cellulaire péritonéal de la face postérieure, depuis le tronc cœliaque jusqu'au bassin exclusivement, on voit une coloration noire due à un vaste épanchement hémorrhagique. Le sang est étalé en couche mince; on ne peut trouver le tronc lésé.

*Foie.* — Le foie pèse 1,610 gr. et présente quelques adhérences à la paroi abdominale. L'aspect est lisse, un peu pâle; on voit çà et là sous la capsule,

quelques ecchymoses, le long des veines. Il est à remarquer que ces troncs veineux traversent l'hémorrhagie, sans rien perdre de leur plénitude; loin d'être exsangues et affaissées, elles sont turgescentes. A la coupe, le foie a un aspect général jaune-pâle et une consistance caoutchouc. Les lobules sont très peu distincts; on ne rencontre pas d'hémorrhagies à l'intérieur.

*Rate.* — La rate pèse 145 gr.; est rouge-pâle, d'une consistance normale.

*Reins.* — Les artères et veines rénales sont presque vides. Le rein gauche pèse 170 gr., est pâle et exsangue; le tissu cellulaire qui l'entoure, le bassinet et les calices participent à l'hémorrhagie sous-péritonéale. Le rein droit est normal et pèse 143 gr.

*Pancréas.* — Le poids, 87 gr. et l'aspect de cet organe sont normaux.

*Cerveau.* — Les sinus de la dure-mère contiennent peu de sang; au moment de l'ablation du cerveau, il s'écoule une grande quantité de liquide sanguinolent.

La surface des hémisphères offre de nombreuses hémorrhagies sous-méningées. Ces hémorrhagies sont petites, en général; mais à la surface convexe, on trouve à droite une ecchymose large, occupant la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale et toute la circonvolution frontale ascendante; à gauche, on remarque une hémorrhagie plus vaste encore, s'étendant tout le long de la scissure de Sylvius. Entre les hémisphères, au-dessus du corps calleux, presque détruit, existe un long caillot de 1 centimètre d'épaisseur, réunissant les deux faces internes.

Le corps calleux est complètement ramolli et désorganisé; le plafond des ventricules latéraux est représenté par une mince lame de substance blanche, parcourue par des vaisseaux gorgés de sang et parsemée de petites hémorrhagies de deux à quatre millimètres de diamètre.

Des coupes pratiquées dans différents sens, dénotent la présence de nombreuses hémorrhagies dans la substance cérébrale elle-même. C'est ainsi qu'à droite, on en trouve à la partie postérieure et en dehors du noyau caudé du corps strié; dans la capsule externe en arrière du lobule de l'insula; en avant dans la substance grise, à la partie antérieure du noyau lenticulaire du corps strié et dans la substance qui correspond au lobe frontal. A gauche, on trouve des hémorrhagies, en arrière du prolongement occipital latéral, dans la capsule externe et l'avant-mur. Le noyau lenticulaire et la capsule interne offrent un certain nombre de petits points hémorrhagiques, de 1 à 2 milimètres; enfin, notons un foyer de 6 à 7 millimètres, siégeant à la partie antérieure de la portion moyenne du noyau lenticulaire et la teinte jaune ecchymotique de toute la substance blanche intérieure.

*Cervelet.* — Méninges et substance cérébelleuse saines; nombreux points hémorrhagiques dans les deux pédoncules cérébelleux supérieurs.

*Protubérance.* — Petite hémorrhagie à droite et en haut.

*Bulbe.* — Sain.

Cette observation a été recueillie à Cayenne dans le service de M. le médecin en chef Martialis, par mon excellent camarade et ami, le docteur Hache, à l'obligeance duquel je la dois. Le diagnostic est resté indéterminé, on ne pouvait songer à invoquer l'accès pernicieux ; la rate pesait 145 grammes et avait une consistance normale. On pouvait songer à un cas de purpura hémorrhagica généralisé, mais sous quelle influence se serait-il déclaré chez un militaire robuste, ayant une bonne hygiène, vivant à la caserne au milieu de ses camarades, qui ne présentaient aucun cas de ce genre ?

Il est d'autant plus intéressant à connaître qu'il s'est présenté à une époque où la fièvre jaune éclatait à Cayenne. Dans ce même mois de décembre 1876, on avait constaté dans la ville de Cayenne, 3 décès par fièvre jaune. L'épidémie s'annonçait, mais n'était pas encore constituée. Le génie épidémique n'ayant pas encore toute la force nécessaire pour produire la fièvre jaune, ne pouvait-il pas exercer son action en frappant insidieusement et sous des formes variées? En effet, en ne tenant compte que des militaires, on voit chez eux la mortalité augmenter de nombre, pendant les derniers mois de l'année 1876 ; les cas de morts étaient plus fréquents ; les maladies prenaient une certaine gravité. Enfin, au mois de janvier 1877, des cas non douteux de fièvre jaune étaient constatés sur les militaires; quelques-uns mouraient, d'autres présentaient des symptômes graves et mal déterminés et finissaient enfin par guérir.

Nous voyons dans ce cas une tendance à l'hémophilie ; des hémorrhagies s'établissent sous la peau au moindre contact, et enfin dans les différents organes. Le péricarde est rempli de sérosité sanguinolente ; le tissu musculaire du cœur présente lui-même des ecchymoses et des hémorrhagies. Les poumons offrent des infarctus, la rétine et le cerveau sont hémorrhagiés. Le malade conserve sa connaissance jusqu'au dernier moment ; les vomissements sont grisâtres. Il est fâcheux que l'état des urines n'ait pas été mentionné, que le foie n'ait pas été examiné au microscope.

Ce qui prouve combien de phénomènes qui se développent

lentement et insidieusement, passent inaperçus, c'est que ce malade n'a été inquiété de son état, et n'est entré à l'hôpital que lorsque l'hémorrhagie rétinienne s'est déclarée; et déjà l'altération du sang était profonde. Huit jours avant son entrée à l'hôpital il avait vu survenir une éruption de taches rouges. Il est probable qu'il avait été indisposé quelques jours ou quelques semaines auparavant; il avait pu avoir la fièvre avec des rémissions assez accentuées, qui avaient peut-être fait penser à la fièvre intermittente. Quand on sera mieux fixé sur ces possibilités, on verra combien de faits de ce genre passent inaperçus.

Il est donc très probable que nous nous trouvons encore en résence d'un cas de fièvre bilieuse inflammatoire, mais tout fait supposer que l'on était déjà assez loin du début de la maladie, quand le sujet a été examiné. Il a succombé à une véritable dissolution du sang, et c'est une des terminaisons assez fréquentes de la fièvre inflammatoire, quand le système nerveux n'est pas trop fortement impressionné et permet à la vie de s'entretenir, pendant que l'agent morbide continue son action sourde sur le globule sanguin qu'il transforme et qu'il détruit. A mesure que le sang subit cette transformation, les vaisseaux n'étant plus suffisamment nourris, se dilatent et s'hémorrhagient.

### Observation XIX.

Péret, âgé de 23 ans, du département de l'Isère, soldat d'infanterie de marine; 1 an et demi de service et 5 mois de colonie; entre à l'hôpital de Cayenne le 30 avril 1878. Antécédents morbides nuls.

Arrivé depuis 5 mois dans la colonie, il a toujours joui d'une bonne santé jusqu'au 27 au soir.

Le 27, dans l'après-midi : céphalalgie, courbature, sensation de fortes chaleurs, sans nausées, ni vomissements.

Le 28, le malaise continue et dans l'après-midi, il prend le lit.

Le 29, il se présente à la visite; on lui donne un purgatif qui occasionne 2 selles; la fièvre ne tombant pas, il entre à l'hôpital le 30 avril 1878.

A son entrée, facies légèrement pâle; léger vertige dans la station debout; peau chaude, mais moite; céphalalgie; courbature; inappétence; soif vive; langue sale, blanche, rouge sur les bords; abdomen souple, non douloureux; rien dans le thorax. T. 41,3; pouls à 120. *Prescription :* Bouillon; thé, ipéca 1 gr. 50; lavement avec quinine 2 gr.

4 heures du soir. T. 41,1; pouls à 120 Même état, vomissements peu abondants avec l'ipéca; pas de selles; peau toujours chaude et moite; transpiration continuelle. Urines claires, albumineuses, donnant 29 gr. 35 d'urée par litre. 8 heures du soir. T. 41,3. Minuit. T. 41.

1er mai 1878. 4 heures du matin. T. 39. 8 heures 38,3; pouls à 88. Le malade a bien transpiré pendant la nuit; céphalalgie peu accusée, plus de courbature. Depuis 7 heures du soir, jusqu'à 7 heures du matin, a eu 600 gr. d'urines claires, acides, ne contenant plus d'albumine et donnant 27 gr. 90 d'urée par litre et 16 gr. 62 pour 600 gr. d'urines, rendues en 12 heures. Midi. T. 38,3; pouls à 88. *Prescription :* Bouillon; limonade tartarisée à 15 gr.; looch : huile de ricin 45 gr. hydrolat de menthe 30 gr., sirop tartrique 30 gr., jus de citron 4 gr.

4 heures du soir. T. 38,4; pouls à 92. Le malade est bien; la peau est moite et fraîche. 200 gr. d'urines, sans albumine, donnant 28 gr. d'urée par litre et 5 gr. 60 pour 200 gr. d'urines rendues; donc, 22 gr. 22 d'urée éliminée à peu près en 24 heures. 8 heures du soir. T. 39,2. Minuit. T. 39,4.

2 mai. 4 heures du matin. 40,2. 8 heures du matin. T. 40,6; pouls à 100. Le malade ne se plaint de rien; sensation de forte chaleur. Cette nuit, a eu des nausées et des vomissements. Rien dans le thorax, ni dans l'abdomen, langue fortement sale, selles régulières, 400 gr. d'urines non albumineuses et donnant 30 gr. 30 d'urée par litre. et 12 gr. 12 pour 400 gr. d'urines. Midi. T. 41,2. *Prescription :* Bouillon, limonade tartarisée à 15 gr.; huile de ricin; lavement : quinine 1 gr. 50, décoction de quinquina à 150 gr.

4 heures du soir. T. 41,8; pouls à 120. Intelligence très nette; pas de nausées; pas de selles. 145 gr. d'urine émise, sans bile, ni albumine et donnant 34 gr. 30 d'urée par litre et 4 gr. 97 pour 145 gr. d'urines; d'où 17 gr. 09 d'urée éliminée en 24 heures. 8 heures du soir. T. 41,8. Minuit 41,2.

3 mai. 4 heures du matin. T. 40,3. 8 heures. T. 39; pouls à 100. Même état; pas de transpiration; selles copieuses pendant la nuit; le malade se plaint peu. 500 gr. d'urine, sans bile, ni albumine et donnant 35 gr. 80 d'urée par litre et 17 gr. 90 pour 500 gr. d'urines. Midi. T. 38,8. *Prescription :* Bouillon; limonade tartarisée à 15 gr.

4 heures du soir. T. 39,7; pouls à 96. Plusieurs selles dans la journée. Il ne se plaint que d'un sentiment de faiblesse générale. 350 gr. d'urine sans albumine, donnant 37 gr. 20 d'urée par litre et 13 gr. 12 pour 350 gr. d'urines; donc 31 gr. 02 d'urée éliminée en 24 heures. 8 heures du soir. T. 43. Minuit, 40,6.

4 mai. 4 heures du matin. T. 41,3. 8 heures 41,4; pouls à 112. Pas de céphalalgie; sensation de faiblesse dans les membres; plusieurs selles dans la nuit; pas de nausées; langue légèrement saburrale; légère épistaxis

dans la nuit; pas d'éruption cutanée, pas de transpiration. La pression à 'hypochondre droit est douloureux; la percussion fait constater l'augmentation du foie dans les deux lignes mamelonnaire et axillaire. 500 gr. d'urine, claire, acide, non albumineuse et donnant 39 gr. 30 d'urée par litre et 19 gr. 65 pour 500 gr. Midi. T. 41,0. *Prescription :* Bouillon, limonade; potion : extrait de quinquina 2 gr.

4 heures du soir. T. 41,7; pouls à 124. Epistaxis légère dans la journée; la langue est rouge et dépouillée de tout enduit saburral. Le malade a bien transpiré dans la journée, mais la peau est de nouveau chaude et sèche, pas de douleur, légère teinte subictérique des conjonctives et de la voûte palatine. 350 gr. d'urine non albumineuse et donnant 35 gr. 15 d'urée par litre et 12 gr. 30 pour 350 gr. d'urines; donc, 31 gr. 95 d'urée éliminée en 24 heures. 8 heures du soir. T. 42. Minuit. 41.

Vers 2 heures de la nuit, le malade qui, depuis 8 heures du soir, donnait des signes évidents de délire, s'élance par la fenêtre et est ramassé sans connaissance sur le pavé. Immédiatement après l'accident, on constate la perte complète de connaissance; le malade, pour employer l'expression commune, fume sa pipe; les yeux divergent, mais sont mobiles.

La tête est inclinée à droite. On trouve de la résolution dans le membre supérieur gauche, avec perte de sensibilité; tandis que le membre droit est au contraire assez fortement contracturé et sensible; comme lésion, une plaie contuse au niveau de la partie antéro-supérieure de la région temporale gauche, une fracture du fémur gauche, au niveau du tiers supérieur; le pouls est petit, très fréquent, on ne peut le compter. Saignée de 500 gr. Carphologie du côté droit, tandis que le gauche reste immobile. La température prise à 4 heures du matin, donne 41,3.

Mort le 5 mai à 5 heures du matin.

Autopsie faite 3 heures après la mort.

*Habitus extérieur.* — Homme robuste, grand; teinte pâle générale des téguments; quelques marbrures noires au dos. Plaie contuse à la région temporale gauche; fracture du fémur. Rigidité cadavérique assez prononcée.

*Crâne.* — La plaie contuse n'est qu'un simple décollement qui s'arrête au périoste. En enlevant les parties molles, on trouve une traînée sanglante sous-périostée qui suit la suture fronto-pariétale, sans continuer avec la plaie. La calotte osseuse enlevée, on trouve la dure-mère intacte.

Après l'ablation du cerveau, on constate l'intégrité de toute la boîte crânienne. L'hémisphère droit, depuis la partie frontale antérieure, jusqu'au pli courbe, est recouvert par un gros caillot noir, situé dans la cavité arachnoïdienne. Rien à gauche.

Le tissu sous-piemérien est partout le siège d'une infiltration sanguine,

mais surtout prononcée à la convexité. La pie-mère enlevée, on constate l'intégrité de la base et des circonvolutions de l'hémisphère gauche.

A droite, toute la partie antérieure est intacte, mais il existe à la partie postérieure de la scissure de sylvius un noyau hémorrhagique de la grosseur d'une noix qu'entoure légèrement la substance cérébrale.

En ouvrant les ventricules, on constate l'intégrité des ventricules moyen et latéral droit, tandis que le ventricule gauche renferme un caillot noir de la grosseur d'une noisette, situé au niveau du noyau intra-ventriculaire du corps strié. On constate au niveau de ce noyau du corps strié, de nombreuses petites hémorrhagies dont les plus grosses ont le volume d'une tête d'épingle. La cavité renferme un peu de sang, la toile choroïdienne a un aspect rouge-foncé.

Rien dans la substance blanche, les couches optiques, le noyau lenticulaire, et les pédoncules. Rien dans le cervelet et la protubérance.

*Thorax.* — Adhérences pleurales anciennes à gauche. Poumons sains; un peu d'hypostase aux deux bases. Rien au cœur, ni dans les gros vaisseaux.

*Abdomen.* — Quelques adhérences péritonéales récentes, au niveau de la face inférieure du foie. Distension tympanique du gros intestin.

Estomac normal, renferme un peu de mucus coloré en jaune par la bile.

L'intestin grêle renferme des matières colorées par les pigments biliaires. Les plaques de Peyer sont généralement saines, sauf dans l'iléon où elles sont un peu saillantes et offrent l'aspect de la barbe rasée.

Gros intestin sain.

*Reins.* — Normaux, un peu pâles, pesant 270 gr.

*Rate.* —Volumineuse, molle, très friable, pesant 540 gr. La capsule s'enlève avec la plus grande facilité; le tissu splénique est noir foncé, sans consistance, légèrement en bouillie.

*Foie.*—Le foie pèse 1895 gr. Sa surface est lisse sauf à la partie inférieure où l'on trouve quelques adhérences récentes; sa teinte est normale à la coupe, son tissu est foncé et il s'écoule une assez grande quantité de sang, il offre l'aspect d'un foie congestionné. La vésicule renferme une certaine quantité de bile normale.

Cette observation a été également recueillie à Cayenne, dans le service de M. le médecin en chef Gourrier, par le Dr Hache. Nous avons là un exemple frappant de la marche rémittente de la fièvre bilieuse inflammatoire; une des formes principales qui ont appelé toute notre attention et dont nous nous sommes occupé tout spécialement. Pour nous en rendre mieux compte,

nous allons donner un tableau comparatif de la température et de l'urée, pour l'observation que nous venons de relater.

TABLEAU DE LA TEMPÉRATURE ET DE L'URÉE.

| JOURS de la maladie | TEMPÉRATURE | | | | | | QUANTITÉ des urines | | QUANTITÉ de l'urée | | TOTAL de l'urée en 24 heures |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 4 heures matin. | 8 heures matin. | midi. | 4 heures soir. | 8 heures soir. | minuit | mat. | soir. | matin. | soir.. | |
| | | | | | | | gr. | gr. | gr. | | gr. |
| 1 | | 41.3 | | 41.1 | 41.3 | 41 | | | | | |
| 2 | | 38.3 | 38.3 | 38.9 | 39.2 | 39.4 | 600 | 200 | 16.62 | 5.60 | 22.22 |
| 3 | 40.2 | 40.6 | 41.2 | 41.8 | 41.8 | 41.2 | 400 | 145 | 12.12 | 4.97 | 17.09 |
| 4 | 40.3 | 39 | 38.8 | 39.7 | 40.3 | 40.6 | 500 | 350 | 17.90 | 13.12 | 31.02 |
| 5 | 41.3 | 41.4 | 41 | 41.7 | 42 | 41 | 500 | 350 | 19.65 | 12.30 | 31.95 |
| 6 | 41.3 | | | | | | | | | | |

La forme rémittente est donc assez bien dessinée, et pourtant les rémissions sont loin d'être complètes, car la température ne tombe pas au-dessous de 38,3. Après deux rémissions peu accentuées, puisque l'une s'arrête à 38,3 et l'autre à 39, la température s'élève et reste assez haut, à 41 et même 42.

La quantité de l'urée reste assez élevée, car le foie fonctionne encore assez bien ; il est congestionné et on trouve une quantité notable de bile dans le tube digestif. Nous avons dit que dans certains cas, surtout au début de la maladie et particulièrement chez les individus qui n'ont jamais été malades, la quantité de l'urée peut s'excréter d'une manière normale ; mais nous répétons que, lorsque la maladie a le temps d'évoluer, on voit l'urée diminuer considérablement.

Cet homme était entré à l'hôpital pour embarras gastrique fébrile ; il n'avait jamais été malade, n'avait jamais eu d'accès de fièvre et il est probable qu'il aurait guéri, si des phénomènes ataxiques n'étaient pas venus se mettre de la partie pour produire l'accident qui a été la cause principale de la mort. Les fonctions se faisaient assez bien chez lui ; le système nerveux cérébro-spinal a été fortement impressionné et atteint ; le système nerveux sympathique l'a été beaucoup moins.

En effet, en ne considérant que les lésions anatomiques, à

par les lésions du cerveau qui ne sont que le résultat de l'accident, on ne trouve que peu de chose pour expliquer la mort. La rate est bien un peu ramollie, mais peut-on penser à un accès pernicieux sur un homme qui est très robuste, qui n'a jamais eu la fièvre, qui a à peine cinq mois de colonie, et chez lequel la maladie a eu une durée de huit jours? La teinte ictérique qui s'est développée à la face et aux conjonctives, quelques jours avant la mort; la présence, passagère il est vrai, de l'albumine dans les urines; l'aspect de barbe rasée de quelques plaques de Peyer, font plutôt pencher vers une affection de nature typhique, et par conséquent nous rapprochent de la fièvre bilieuse inflammatoire.

### Observation XX.

Giraud, âgé de 22 ans, né à Saint-Etienne (Loire), soldat d'infanterie de marine; 2 ans de service, 6 mois de colonie.

Arrivé à la Guyane depuis 6 mois, n'a jamais eu d'autre affection que la fièvre typhoïde à Toulon; pas de fièvre intermittente depuis son arrivée. Cet homme travaille au jardin militaire depuis près de 5 mois.

Le 23 au matin, en revenant de la cible, il fut pris d'un malaise avec sentiment de faiblesse, chaleur à la peau, céphalalgie et nausées.

Le 24 mai 1878, se présente à la visite de l'infirmerie où il reste le 25, sans présenter d'amélioration; la fièvre est continue.

Le 26 mai, entre à l'hôpital, le matin. La face est un peu rouge; il y a de la céphalalgie, de la courbature, des tintements d'oreille. La langue est large, étalée, légèrement blanche; pas de nausées; la peau est sèche et chaude; le malade n'a pas transpiré depuis le début de son affection. La rate et le foie semblent normaux.

Le ventre est souple, non douloureux; légère constipation. Rien dans le thorax.

Matin. T. 39,6; pouls à 80. Midi. T. 40,4. *Prescription :* Tilleul; ipeca 1 gr., émétique 0,05; quinine 1 gr. 50, compresses froides sur la tête.

4 heures du soir. T. 40,7; pouls à 84. Même état; pas de transpiration. 8 heures du soir. T. 40,8.

27 mai. 4 heures du matin. T. 40,8. 8 heures du matin. T 40,8; pouls à 78. Insomnie; selles nombreuses bilieuses; peau chaude, sèche; légère agitation. Midi. T. 41,4. *Prescription :* Bouillon; lavement purgatif; quinine 1 gr., pédiluve sinapisé.

4 heures du soir. T. 41,8; pouls à 84. L'urine ne contient ni bile, ni albumine, mais elle ne donne que 0,70 centigrammes d'urée par litre.

8 heures du soir. T. 42,4. 9 heures 41,3. A 10 heures, au moment de la

mort, la température était à 44,3. Le thermomètre ne marquant pas plus, le mercure a disparu dans la monture en cuivre.

Autopsie faite 10 heures après la mort.

*Habitus extérieur.* — Homme grand, robuste, teinte bleuâtre de toutes les parties déclives; le reste de la peau a une légère teinte hémapheïque; forte rigidité cadavérique.

*Abdomen.* — Les intestins sont légèrement distendus par des gaz.

*Estomac.* — Muqueuse saine, sauf au niveau du grand cul-de-sac où on remarque de nombreuses arborisations vasculaires.

*Intestins.* — Les intestins sont remplis d'une matière bilieuse, très liquide et un peu fétide. Les vaisseaux mésentériques sont congestionnés; la surface interne de l'intestin est parsemée de petits points blancs de la grosseur d'une tête d'épingle, durs et saillants. Ces points existent aussi bien dans le gros intestin que dans l'intestin grêle. Dans le duodénum et dans l'iléon, ils sont plus confluents.

Cette lésion, au moins dans les deux dernières portions de l'intestin et dans le gros intestin, semble siéger dans les follicules clos. Les plaques de Peyer sont en général normales. Quelques-unes pourtant sont un peu saillantes.

Les ganglions mésentériques sont un peu volumineux, mais d'aspect normal.

*Rate.* — La rate pèse 300 gr., un peu volumineuse, mais assez ferme, quoique ramollie par places.

*Foie.* — Le foie pèse 1,850 gr.; la capsule s'enlève très facilement et laisse à découvert une substance uniformément colorée de rouge sale. Le tissu a la même coloration; les lobes sont indistincts. Le tissu est très friable, mou et sans fermeté.

*Reins.* — Les reins sont normaux, quoique un peu congestionnés et pèsent 300 gr.

*Thorax.* — Rien d'anormal dans le thorax; les poumons crépitent et sont le siège d'un peu de congestion aux deux bases.

*Crâne.* — Dure-mère saine. Les vaisseaux de la pie-mère sont fortement congestionnés. Congestion de la toile choroïdienne. Rien dans les ventricules, ni dans la substance cérébrale.

Je me contenterai de faire remarquer la teinte hémaphéique des tissus, la très faible quantité d'urée dans les urines, l'état de congestion du tube intestinal et la présence dans l'intestin d'une éruption vésiculaire blanchâtre. La rate est à peu près normale; le ramollissement de certaines portions de l'organe peut s'expliquer par la température excessivement élevée qu'à pré-

sentée le malade. Le foie est mou, friable et d'un rouge sale; il ne fonctionne pas. Dans ce cas, c'est la nutrition elle-même qui est entravée et le système nerveux sympathique qui est principalement atteint.

Ce militaire n'avait jamais été malade, n'avait pas eu d'accès de fièvre et, malgré la quinine, il a été emporté en six jours, en présentant un ensemble de lésions qui paraissent bien en rapport avec une altération du sang. Il y a eu consécutivement paralysie du système nerveux sympathique, se traduisant par une température très élevée, et un arrêt presque complet dans les phénomènes de nutrition. Ce qui domine encore, c'est le caractère typhique; la présence de l'éruption intestinale en est bien la preuve.

## Observation XXI.

Cuissard, transporté, 14 ans de Guyane, entre à l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni, le 15 décembre 1877. Ne paraît pas avoir été malade depuis l'année 1874. Ce concessionnaire était venu le 9 décembre 1877, à Saint-Laurent où il s'était enivré, avait été trouvé dans la rue et conduit en prison. Se sent malade depuis le 12. Début brusque; frisson; chaleur et sueurs abondantes; a éprouvé du mal à la tête, dans les reins et à l'estomac. Vomissements bilieux. Pas de sommeil; agitation, oppression; rêves pénibles.

A son entrée, la langue est assez nette; les gencives sont rouges; haleine forte. 8 heures du matin. T. 38,8; pouls à 120; respiration précipitée à 44. Anneau albumineux dans les urines; urée 3 gr. 42 par litre. *Prescription :* Bouillon, lait; huile de ricin 20 gr.; potion : aconit et digitale; potion : extrait de quinquina et noix vomique; lavement : décoction de quinquina, quinine 1 gr., acide phénique 2 gouttes.

Midi. T. 38. 4 heures du soir. T. 39; pouls à 92; respiration à 44. A eu une faiblesse dans la journée; bouche mauvaise; soif très vive. Se plaint de l'estomac, des jambes et des reins. Céphalalgie un peu moins forte. Facies bistré; pupilles dilatées; langue assez belle; quelques vomissements aqueux, légèrement bilieux. 2 selles peu abondantes, noires, sanguinolentes et fétides. Un peu de hoquet. Crampes dans les jambes. Pas d'urine depuis ce matin. 8 heures du soir. T. 39,4.

16 décembre. 4 heures du matin. T. 37,8. 8 heures. T. 37,8; pouls à 100; respiration à 44. Peau froide; sueurs profuses. Douleur épigastrique; oppression. Bruit de frottement à la région précordiale. Soif très vive. Urines rares. Hier soir à 4 heures a donné 50 gr. d'urine contenant 4 gr. 56 d'urée

par litre; dans la nuit a uriné environ 150 gr. onnant 6 gr. 84 d'urée par litre. A uriné 100 gr. au moment de la visite. On peut estimer à 300 gr. les urines rendues en 24 heures et à 2 gr. la quantité d'urée excrétée. Midi. T. 39.

4 heures du soir. T. 38,6 ; pouls à 100 ; respiration à 44. 200 gr. environ d'urine au moment de la visite du soir. Avait uriné à peu près autant dans la journée ; urée 9 gr. 12 par litre. 8 heures du soir. T. 39.

17 décembre. 4 heures du matin. T. 39; pouls petit; respiration anxieuse; râle trachéal. Dans la nuit, agitation, oppression, délire. Pas d'urine depuis hier soir. La numération des globules faite ce matin a donné 2,200,000 globules assez nets.

Une application de ventouses sur la poitrine a donné un sang noir, se coagulant dans les ventouses. Ce sang examiné au point de vue du sucre en a donné des traces à peine appréciables.

La température aussitôt après la mort était à 40 ; une demi-heure après, elle est tombée à 39,7 et est descendue ensuite graduellement.

Décédé le 17 décembre 1877, à 10 heures du matin.

Autopsie faite 3 heures après la mort.

*Habitus extérieur.* — Taille moyenne; teinte pâle générale des téguments; pas d'ictère, excepté à la face.

*Abdomen.*— Organes normalement placés; foie débordant les fausses côtes d'environ deux travers de doigt. Vessie distendue par 200 gr. d'une urine jaune, trouble, albumineuse, contenant 7 gr. 90 d'urée par litre.

*Tube digestif.* — L'estomac contient environ 100 gr. de liquide bilieux ; la muqueuse est pâle et offre quelques érosions superficielles siégeant surtout au niveau du grand cul-de-sac.

*Intestin grêle.* — L'intestin grêle contient des matières fécales fortement colorées par la bile ; çà et là, on trouve des traces évidentes d'exsudation sanguine ; lavée, la muqueuse est généralement pâle, sauf au niveau des hémorrhagies où l'on rencontre quelques petites ecchymoses pointillées. Signalons encore la présence de très nombreux ankylostômes fortement adhérents à la muqueuse, souvent au niveau des petites ecchymoses. Le gros intestin n'offre rien à signaler.

*Foie.*—Le foie est volumineux et pèse 2 kilogr. L'enveloppe fibreuse est lisse et s'enlève difficilement ; à la coupe, l'aspect est généralement granuleux ; les granulations sont pâles, ayant au centre un orifice vasculaire et séparées entre elles par des tractus de tissu hépatique rouge-foncé.

La vésicule biliaire contient peu de bile. 100 gr. de foie bouilli, donnent une décoction jaune. On trouve 3 gr. d'urée dans la totalité du foie et pas un atome du sucre. Il n'a pas été trouvé trace de sucre dans le sang pris dans la veine cave au-dessus des veines sus-hépatiques.

La décoction de foie bouilli avec l'acide acétique donne encore un précipité albumineux par l'acide azotique.

On trouve de la cholestérine en assez grande quantité dans la bile; traitée par l'acide sulfurique et la teinture d'iode, on obtient une teinte rouge.

*Reins.* — Les reins sont lisses et pèsent 370 gr. A la coupe, les deux substances sont très distinctes et ont conservé leur rapport normal; la substance corticale et surtout les colonnes de Bertin sont pâles et semblent exsangues.

*Rate.* — La rate pèse 560 gr.; d'un volume moyen; elle offre à sa surface une vaste plaque de péri-splénite; dans les deux tiers de son étendue, la capsule fibreuse offre une coloration blanc-nacré, une dureté presque cartilagineuse et une épaisseur de 0,005 millimètres; sauf cela, son tissu est ferme et paraît sain.

*Thorax.* — L'ouverture du thorax permet de constater des lésions intéressantes.

*Cœur.* — Le péricarde est le siège d'un épanchement séro-purulent; il contient environ 150 gr d'un liquide louche. La séreuse péricardique est dans toute son étendue le siège de nombreuses végétations membraniformes qui donnent aux deux feuillets péricardiques un aspect villeux et rugueux. L'endocarde est sain, ainsi que les valvules; le myocarde est pâle et mou.

*Poumons* et *Plèvres.*— A droite et à gauche, les plèvres sont le siège de fortes adhérences anciennes; il n'y a point d'épanchement dans les cavités pleurales.

Le poumon gauche est complètement sain. A droite, au contraire, le poumon offre les altérations d'une broncho-pneumonie avancée.

La plèvre interlobaire est le siège d'un exsudat fibrineux qui tient unis les deux lobes pulmonaires.

Le lobe inférieur, dans les cinq sixièmes postérieurs et le lobe supérieur dans son tiers inférieur offrent tous les caractères de l'hépatisation grise, avec liquide spumeux dans les bronches.

Les gros vaisseaux n'offrent rien à signaler.

Il est à remarquer que nous avons, dans le cas présent, une complication de pneumonie et de péricardite, mais ces lésions ne sont que secondaires et ressemblent en tous points à celles que l'on observe si souvent dans les maladies infectieuses. Il y a évidemment une cause première générale qui manifeste son action par la présence de l'exsudation sanguine dans l'intestin, l'albumine dans les urines, le peu d'urée dans le foie et l'absence de sucre recherché avec beaucoup de précaution dans le sang des ventouses, aussitôt après l'application. Nous de-

vons noter les exsudats membraniformes récents ou anciens que l'on trouve sur la rate ou sur les feuillets pleuraux; nous trouverons souvent ces lésions, qui nous paraissent appartenir à la maladie que nous étudions.

### Observation XXII.

Belkassem-ben-Ali, transporté arabe, âgé de 60 ans, 10 ans de Guyane; n'a jamais fait d'entrée à l'hôpital.

Le 17 janvier 1878, était venu chercher des vivres à Saint-Laurent; le soir, il n'a pu retourner chez lui et a été obligé de s'arrêter en route.

Le 18 janvier, est porté à l'hôpital dans le coma. Délire, agitation, oppression; selles et urines involontaires. 4 heures du soir. T. 40,4. *Prescription :* Bouillon, lait, huile de ricin 40 gr.; potion : quinine 1 gr. sirop diacode 30 gr., teinture de digitale 20 gouttes; potion au sirop d'ipéca 30 gr.; 4 ventouses scarifiées sur la poitrine.

8 heures du soir. Même état. Langue humide, légèrement sale; conjonctives jaunes; légère matité en arrière du poumon gauche; râles crépitants; résonnance de la voix; un peu de souffle.

19 janvier. 8 heures du matin. T. 39. Nuit mauvaise; ce matin a eu des vomissements bilieux. d'une couleur jaune intense. Selles jaunes, très abondantes, fétides; toux fréquente. Les crachats sont jaunes. La connaissance est un peu revenue; il répond aux questions qu'on lui pose, toujours de l'agitation. *Prescription :* Bouillon; potion au sirop d'ipéca 20 gr.; quinine 1 gr. 50; potion aconit et digitale; 2 gr. de bicarbonate de soude en 4 paquets.

4 heures du soir. T. 39. La journée a été meilleure. Vers 2 heures a eu un peu d'oppression; douleur assez forte du côté gauche. Léger anneau blanchâtre dans les urines qui sont très jaunes.

20 janvier. 8 heures du matin. T. 38,4. La connaissance est complète; il demande à sortir de l'hôpital et même se lève de son lit pour se promener dans la salle. Mélange de râles crépitants et sous-crépitants dans toute l'étendue du poumon gauche; souffle voilé en haut. Léger anneau albumineux dans les urines.

4 heures du soir. T. 38. Oppression dans la journée, forte douleur dans le côté gauche.

21 janvier. 8 heures du matin. T. 38,8. Nuit mauvaise; agitation et oppression. La langue est blanche au centre et rouge sur les bords. Urines abondantes et jaunes; anneau albumineux.

4 heures du soir. T. 39. Grande oppression; un peu de délire.

22 janvier. 8 heures du matin. T. 39,4. La nuit a été mauvaise; pas de sommeil; grande oppression; connaissance complète; se lève encore de son lit.

A 9 heures était encore assis sur son lit. A 10 heures agonie, et mort à 10 heures et demie du matin. On trouve encore de l'albumine dans quelques gouttes d'urine qu'on avait pu lui faire rendre quelques instants avant la mort.

Autopsie faite 3 heures après la mort.

*Habitus extérieur.* — Taille élevée; apparence robuste; teinte normale des téguments.

*Abdomen.* — Le foie et la rate débordent fortement les fausses côtes. Les autres organes sont normalement situés. La vessie est vide et ratatinée derrière le pubis.

*Estomac.* — L'estomac contient environ 300 gr. de liquide incolore, teinté légèrement en bistre, contenant en suspension des flocons roussâtres. La muqueuse est d'aspect normal, on y rencontre quelques rares ulcérations très superficielles.

Les intestins sont normaux, ainsi que les ganglions mésentériques.

*Foie.* — Le foie pèse 2,350 gr.; il est dur, crie un peu sous le scalpel et offre en beaucoup d'endroits une couleur jaunâtre, d'aspect lardacé. Les voies biliaires n'offrent rien à noter.

*Rate.* — La rate est très grosse, 1,150 gr.; son tissu est dur, un peu fibreux.

*Reins.* — Les reins pèsent ensemble 240 gr. et semblent normaux.

*Thorax.* — A l'ouverture du thorax, on aperçoit le péricarde distendu par une collection liquide. Le poumon gauche est induré et fortement adhérent à la plèvre pariétale; le droit nage dans le liquide d'une pleurésie avec épanchement.

A gauche, pleurésie plastique dans toute l'étendue du lobe inférieur, fausses membranes épaisses, qui font adhérer les deux feuillets de la plèvre. Le lobe supérieur est complètement sain, tandis que l'inférieur offre des altérations d'une broncho-pneumonie avancée. Dans la plus grande partie du lobe inférieur, on trouve l'aspect de l'hépatisation grise, mais au milieu de ce tissu hépatisé, il existe un grand nombre de points rouge-vineux, semblables a de la boue splénique. Ces points disséminés un peu partout, mais principalement à la périphérie ont quelquefois la grosseur d'une noix. Traités par un filet d'eau, toute la substance rouge disparaît et il ne reste qu'une cavité, creusée dans le tissu pulmonaire hépatisé, dont les parois sont déchiquetées, irrégulières et couvertes de filaments flottants.

A droite, adhérence ancienne à la partie supérieure; pleurésie récente avec épanchement au niveau du lobe inférieur. Tissu pulmonaire ratatiné, mais complètement sain.

*Cœur.* — La cavité péricardique contient environ 200 gr. de liquide louche. Les feuillets séreux, tant pariétal que viscéral, sont le siège de nombreuses végétations récentes. De plus, sur toute la surface antérieure

du cœur, il existe une couche épaisse de fausses membranes jaunâtres qui se détachent facilement.

Le tissu musculaire est un peu pâle et flasque; l'endocarde est complètement sain.

Rien à noter dans les gros vaisseaux.

Le crâne n'a pas été ouvert.

Malgré les complications du côté du cœur et des poumons, on peut facilement deviner, dans l'enchaînement de tous les symptômes offerts par le malade, une cause plus générale. La marche de la maladie, la nature même des lésions péricardiques et pulmonaires, la présence de l'albumine dans les urines, le liquide roussâtre et les ulcérations de l'estomac corroborent cette opinion.

Si maintenant l'on est bien convaincu que les observations que nous venons de rapporter peuvent être attribuées à la fièvre bilieuse inflammatoire, on peut sans crainte aborder la description des lésions que l'on rencontre le plus fréquemment et le plus constamment dans cette maladie. On peut voir tout de suite qu'il n'y a point de lésion tout à fait spéciale à la fièvre inflammatoire et que les déterminations morbides peuvent varier. On doit le comprendre, si on admet, comme nous tâcherons de le démontrer, que cette maladie est sous la dépendance d'une cause générale, manifestant principalement son action sur le sang; que cette altération du sang amène bientôt un certain retentissement sur le système nerveux, sur l'état des vaisseaux sanguins et la nutrition de presque tous les organes de l'économie.

### *Habitus extérieur.*

L'habitus extérieur des sujets qui ont succombé à la fièvre inflammatoire, offre quelques particularités de peu de valeur, mais cependant assez intéressantes.

1. La rigidité cadavérique est assez prononcée et d'une durée assez longue. Souvent, elle est encore manifeste, 10 heures après la mort.

2. Le cadavre se putréfie assez vite; il exhale bientôt une odeur très forte, difficile à supporter.

3. Les sujets ne sont généralement pas amaigris et la mort semble avoir tranché violemment une existence qui paraissait avoir encore de longs jours devant elle. Les individus sont at-

teints, dans l'immense majorité des cas, au milieu de la santé, et la maladie est de courte durée; elle évolue le plus souvent en 8 ou 10 jours, à moins de rechutes ou de complications.

4. La coloration de la peau est ordinairement jaunâtre; cette teinte jaune est plus appréciable aux conjonctives, sur le cou et le devant de la poitrine. Quand la teinte jaune est très prononcée et qu'on traite un morceau de peau par les réactifs, la présence de la bile n'est point décelée. Ce n'est donc pas la bile qui donne aux tissus la teinte jaune.

On observe une teinte bleuâtre de toutes les parties déclives produite par des ecchymoses plus ou moins nombreuses et plus ou moins intenses. C'est probablement par un simple phénomène d'hypostase que se produisent ces sugillations ecchymotiques, mais elles indiquent une grande altération du sang. L'érythème scrotal est plus apparent sur le cadavre.

5. On observe quelquefois des éruptions de différentes espèces; ce sont des taches rubéoliques, ou de simples vésicules, ou enfin des taches de purpura.

6. On peut trouver des abcès dans le tissu cellulaire et peut-être même dans les muscles, quand la maladie a été de longue durée. On remarque dans quelques cas des développements de gaz sous la peau; nous avons vu le fait se produire chez un malade à la partie antérieure des cuisses. C'est surtout quand on fait des injections sous-cutanées qu'on voit se produire ce phénomène.

### *Organes de la digestion.*

1. *Bouche.* — La cavité buccale présente quelquefois à l'orifice une matière grisâtre, spumeuse, semblable à celle que l'on trouve souvent dans les bronches. Les gencives sont congestionnées, tuméfiées, avec liseré blanchâtre. La langue est souvent rouge, dépourvue d'épithélium et semble saigner; elle peut présenter des fissures. On trouve parfois dans la bouche des ulcérations.

Le pharynx et l'œsophage sont plus injectés qu'à l'état normal. On trouve parfois des ulcérations.

2. *Estomac.* — L'estomac contient, suivant les cas, des matières différentes. Le plus souvent on trouve un liquide muqueux, filant, coloré en jaune par de la bile mal élaborée. Tantôt

c'est un liquide grisâtre ; d'autres fois, ce sont des flocons roussâtres se rapprochant sensiblement de ceux qu'on observe dans certains cas de fièvre jaune; il est rare qu'ils atteignent la teinte noire, caractéristique de cette dernière maladie. On trouve assez souvent dans le liquide stomacal des globules sanguins altérés; on les découvre assez facilement avec le microscope, mais comme ils ont subi fréquemment une altération profonde, il vaut mieux rechercher leur présence avec la teinture de gaïac; on trouve aussi des leucocytes assez bien conservés.

Les arborisations sont toujours assez marquées. Il est bien évident que l'estomac des ivrognes devra présenter une injection plus prononcée de la muqueuse. Ce fait d'injection et d'arborisation de l'estomac est si fréquent à la Guyane, qu'il mérite une mention spéciale. Il ne faut pas conclure trop vite à l'alcoolisme, qui malheureusement est trop commun, mais qui n'est pourtant point toujours la cause exclusive de ces ecchymoses stomacales. Elles semblent être sous la dépendance directe de la maladie régnante. Je les ai rencontrées si fréquemment et d'une façon si constante, que j'en fais une altération presque pathognomonique de la fièvre bilieuse inflammatoire.

Cet état d'injection de la muqueuse stomacale nous prouve combien est difficile l'absorption, à une période quelconque de la maladie, toutes les fois que les vaisseaux sont dilatés et sur le point de se rompre. Il nous prouve aussi l'influence funeste des habitudes alcooliques sur les malheureux, qui relevant à peine de maladie, ne craignent pas d'ingérer des boissons de toute nature, le plus souvent de très mauvaise qualité. On comprend aussi l'influence d'une mauvaise alimentation sur des organes si mal disposés.

Les ulcérations existent assez fréquemment. Elles siègent surtout au niveau de la grande courbure. Parfois, ce sont de simples érosions superficielles; dans certains cas, ce sont de véritables ulcérations, mais peu profondes. Leur siège de prédilection paraît être le voisinage du cardia : au pylore, on constate souvent un pointillé hémorrhagique.

Dans certains cas très rares, on peut trouver de véritables tumeurs gangréneuses, qui ont probablement débuté par une légère ulcération autour de laquelle se serait fait un véritable travail inflammatoire ; toutes les tuniques y participent. Ce ne

sont là que des exceptions ; dans un cas de ce genre, nous avons vu des bactéries.

M. Maurel qui a étudié, d'une manière toute spéciale, les lésions de l'estomac, parce qu'elles lui ont paru constantes dans les maladies qu'il a observées au Maroni, dit que la muqueuse de l'estomac est le siège d'un processus inflammatoire. Sur de nombreux points, dit-il, la muqueuse est à nu et offre les caractères d'une membrane pyogénique. Le même observateur a vu des ulcérations profondes, étendues, occupant chez un noir, toute la superficie de la muqueuse gastrique et une partie de celle de l'œsophage, donnant à toute cette surface l'aspect d'une vaste plaie en suppuration. Il signale la présence de sarcines et de sporules du cryptocoque du ferment. M. Maurel pense que le processus inflammatoire se montre d'abord sur l'estomac et que ce n'est que successivement qu'il envahit les parties sus-diaphragmatiques des voies digestives.

Si j'ai observé des cas semblables à ceux sur lesquels le Dr Maurel base sa théorie ; ce qui est très probable, puisque je lui ai succédé au Maroni ; je ne pense pas que le processus morbide marche de bas en haut ou de haut en bas, en partant toujours de l'estomac. Je pense plutôt qu'il se fait sur un point ou sur un autre du tube digestif, en choisissant la partie le plus faible ou la moins résistante (*pars minoris resistentiæ*). L'estomac, il faut le dire, en est le siège le plus fréquent et quand le processus atteint l'œsophage, cela ne tient qu'à la plus grand intensité de la cause qui le produit; mais cette altération me semble toujours être sous la dépendance de l'altération primitive du sang.

Les principales lésions que l'on rencontre dans l'estomac sont des taches ecchymotiques, avec ou sans ulcérations de la muqueuse. On trouve souvent un pointillé hémorrhagique. D'une manière générale, on peut dire que les vaisseaux capillaires de la muqueuse sont considérablement dilatés et hémorrhagiés, sous l'aspect de points noirs situés entre les glandes en tube ; quelques-uns sont dilatés et en même temps rompus d'un côté, les globules sanguins paraissent faire irruption par cette voie. L'épithélium est enlevé. Les autres éléments de la muqueuse, de la musculeuse de la muqueuse, de la celluleuse et de la musculeuse proprement dite sont ordinairement intacts. Les tuniques épithéliales des capillaires sont aussi intactes.

3. *Intestin grêle.* — L'intestin grêle est souvent dilaté par des gaz et conserve son calibre ordinaire; quelquefois il est rétréci sur certains points par suite d'un travail inflammatoire qui dans certains cas arrive à souder entre elles quelques anses intestinales voisines. La surface extérieure de l'intestin grêle présente parfois, en certains endroits, une teinte violacée.

Le feuillet péritonéal lui-même participe quelquefois au travail phlegmasique et présente un épaississement et des adhérences; on a vu le grand épiploon réuni à la paroi abdominale dans toute son étendue et il ne fut détaché qu'avec une certaine difficulté. Dans la cavité péritonéale, on trouve parfois un liquide louche ou purulent. Les glandes mésentériques sont assez développées dans certains cas; elles nous ont paru contenir exceptionnellement une matière noirâtre.

La face interne de l'intestin présente le plus souvent une coloration rose ou rouge, due à une injection sanguine des capillaires. Cette coloration manque quelquefois au duodénum et se trouve plus marquée et plus fréquente au voisinage de la valvule iléo-cœcale. Cette congestion capillaire se présente tantôt comme uniforme, tantôt comme un feston qui borderait le bord libre des valvules, tantôt enfin comme des arborisations partielles.

L'hypérémie de la muqueuse étant en général de plus en plus marquée, il arrive un moment où la couche épithéliale paraît comme enlevée et la muqueuse intestinale a l'aspect de ce que l'on appelle l'excoriation sur la peau.

Quand on fait des coupes du tube digestif, on constate généralement au microscope, les lésions suivantes : les tuniques musculeuse et celluleuse sont complètement intactes, même au niveau des valvules conniventes. La muqueuse seule est atteinte. Les capillaires de la muqueuse sont dilatés fortement et en beaucoup d'endroits hémorrhagiés. Le revêtement épithélial cylindrique manque presque partout, et la couche sous-épithéliale sous laquelle rampent les capillaires dilatés et hémorrhagiés, est le siège d'une légère prolifération cellulaire.

Les glandes de Peyer ne sont point spécialement affectées, dans la fièvre inflammatoire. Les ulcérations, quand elles existent, se montrent sur un point quelconque de la muqueuse, sans choisir de préférence les glandes de Peyer. Cependant, elles sont quelquefois plus saillantes et offrent dans certains cas une

altération particulière, toute superficielle, c'est cette altération que l'on a appelée barbe rasée, à cause de sa ressemblance avec une barbe fraîchement faite. On sait qu'elle se présente assez fréquemment dans le typhus. Nous en prenons note pour le moment où nous discuterons la nature de la fièvre inflammatoire, quand nous chercherons à faire le rapprochement de cette fièvre et des maladies typhiques. Il est vrai que Chomel, il y a quarante ans, et d'autres observateurs, ont noté que cette lésion était compatible avec une parfaite santé et qu'elle n'était souvent que le résultat d'un dépôt pigmentaire. Aussi nous n'y attacherons qu'une médiocre importance.

Il ne m'a pas semblé que les follicules de Peyer fussent tout spécialement le siège de l'altération, quand les phénomènes, dits typhoïdes, se présentent chez les individus atteints de fièvre inflammatoire. Quand les accidents typhoïdes s'accentuent, la lésion ne reste pas limitée à la muqueuse ; on voit les autres tuniques participer à l'inflammation et même se perforer.

Je dois faire remarquer le cas du soldat Giraud, chez lequel on a trouvé l'intestin grêle et la surface interne de l'intestin grêle et même du gros intestin, parsemée de petits points blancs, de la grosseur d'une tête d'épingle, durs et saillants; dans le duodénum et dans l'iléon, ils étaient plus confluents.

L'intestin grêle contient dans son étendue des gaz et des liquides. Les gaz qui sont la cause de la tympanite n'ont pas été étudiés et nous serons muet à leur égard.

Les liquides varient; souvent on trouve une substance jaune, qui n'est que de la bile mélangée aux aliments; d'autres fois on remarque, dans certains endroits, une matière noirâtre, sanguinolente. Cette matière sanguinolente est elle-même très variable de quantité. Parfois elle se trouve en quantité notable et très facilement appréciable; d'autres fois on en trouve à peine des traces. Le plus souvent, on éprouve une odeur nauséabonde à l'ouverture des portions de l'intestin qui la contiennent, surtout quand elle existe en quantité appréciable. Quelquefois c'est une simple traînée rougeâtre, ce qui indique seulement la présence du sang, décelé du reste par les réactifs. Quand il existe uniquement de la matière jaune, on reconnaît la présence de la bile par les réactifs et on trouve en même temps une grande quantité de cholestérine.

On trouve encore, dans quelques cas, des vers lombricoïdes et des ankylostomes, qui ne siègent pas précisément dans le duodénum, mais souvent dans toute l'étendue de l'intestin grêle. Ils sont principalement situés au niveau des ecchymoses et ils sont fortement adhérents; quelquefois il faut inciser la muqueuse pour les trouver et les atteindre.

4. *Gros intestin.* — Le côlon est dans la plupart des cas distendu par des gaz, toujours très fétides. La membrane muqueuse présente aussi un peu d'injection. On trouve aussi un peu de liquide noirâtre. Dans certains cas, il semble que les localisations de la maladie se passent spécialement sur le gros intestin, et nous aurons l'occasion de voir qu'on peut rencontrer des ulcérations de nature gangréneuse.

### *Foie.*

Le foie est généralement décoloré; il est plus sec, plus cassant et se rapproche souvent de cet aspect de sécheresse et de friabilité qu'on a appelé le foie demi-cuit. Il est aussi moins consistant et plus ramolli; l'état de ramollissement est parfois si complet qu'on a beaucoup de peine à enlever l'organe, sans faire pénétrer les doigts dans le tissu.

Dans certains cas, il présente un certain degré d'hypérémie, mais il est rare que cette hypérémie soit générale. On dirait que sur un fond rouge se trouvent parsemées des quantités de points jaunes. Le foie présente alors à la coupe un peu de liquide sanguin.

Aussi on comprend très bien que la coloration puisse varier. La teinte générale est la teinte pâle ; il y a tendance à la décoloration; mais l'organe peut présenter aussi facilement la couleur jaune-chamois ; et la couleur de farine de moutarde qui rend assez bien compte de la disposition des portions rouges et des portions blanches. Quelquefois, la coloration paraît normale et dans un des lobes, on constate quelques taches café au lait. D'autres fois, c'est un noyau de coloration jaune-verdâtre ; en examinant ces portions au microscope, on voit que cette coloration est due à la rétention des pigments biliaires dans les cellules hépatiques. Dans certains cas, on voit par places des îlots jaunâtres qui tranchent sur un fond violet.

Si l'on coupe le foie en tranches assez minces et qu'on le fasse

bouillir avec 100 gr. de liquide ; après refroidissement on obtient une belle teinte jaune-d'or. Cette teinte varie encore suivant les cas et suivant les foies que l'on examine ; elle varie du plus au moins, mais elle est toujours assez appréciable.

L'urée a été recherchée plusieurs fois dans le foie ; elle a toujours été trouvée en quantité assez faible. C'est à peine souvent, si l'on en trouve de 0,50 centigr. à 1 gr. pour un foie de 1500 gr. Nous en avons trouvé une fois 2 gr. 50 à 3 gr. pour un foie de 2 kilogr.

Le sucre a été recherché dans le foie aussitôt après la mort; il n'en a pas été trouvé d'atome, pas plus que dans le sang des veines sus-hépatiques. Ce fait ne doit pas trop surprendre, puisque nous savons par Claude Bernard que le sucre se détruit assez rapidement après la mort; mais si nous n'attachons pas beaucoup d'importance à l'absence du sucre dans le foie et le sang après la mort, nous devons tenir un très grand compte de la faible quantité que l'on trouve souvent dans le sang pendant la vie, comme nous le verrons. Cependant une fois nous avons trouvé des traces de sucre dans un liquide bouilli avec du foie, par la méthode de Claude Bernard.

L'examen microscopique du foie montre que les cellules sont altérées de diverses manières. Elles sont gonflées et granuleuses, leurs noyaux ont augmenté de volume.

Le foie présente des vésicules de graisse dans les cellules hépatiques et autour des cellules; les noyaux et les contours sont visibles.

Le tissu hépatique dissocié, est composé de cellules déformées et graisseuses ; les cellules, au lieu d'être polyédriques, à angles bien nets, ont des contours arrondis, assez mal délimités. Leur noyau est visible et se colore bien par les différents réactifs.

Le protoplasma cellulaire est rendu légèrement trouble par des granulations graisseuses de différentes grosseurs.

La graisse, facilement reconnaissable, existe sous deux états : ou bien répandue dans toute la cellule sous forme de petites granulations fortement réfringentes, ou bien sous forme de véritables gouttelettes huileuses; celles-ci siègent surtout à la périphérie des lobules.

Les cellules du tissu conjonctif semblent avoir proliféré. On

remarque dans quelques-unes une hyperplasie du tissu cellulaire, surtout autour des veines portes. Les cellules épithéliales des canalicules biliaires ne semblent nullement altérées.

Quand on fait des coupes, après durcissement dans la gomme et l'alcool, on peut mieux constater l'état des parties constituantes de la glande. L'état graisseux est souvent moins manifeste que dans la dissociation, et ceci doit être attribué au séjour de la pièce dans l'alcool. On voit que les cellules graisseuses siègent surtout à la périphérie des lobules. Le tissu conjonctif est sain ou en voie de prolifération. Les canaux biliaires et les gros vaisseaux sont normaux. Les capillaires intra-lobulaires sont peu distincts et ne contiennent que très peu de globules sanguins.

« MM. Bonnet et Michel, médecins de la marine, analysant des pièces soumises à leur examen par M. le médecin en chef Bérenger Féraud ont observé, sur quelques coupes, des arborisations très fines et trés élégantes ou mieux encore des réseaux dont les mailles circonscrivaient des cellules hépatiques; ces arborisations paraissaient noires à la lumière transmise. Ils les avaient prises d'abord pour des amas de pigment; mais en observant à la lumière réfléchie, ils ont vu ces amas se détacher en blanc-jaunâtre sur la couleur rouge de la tranche mince colorée par le picro-carminate. Ils en ont conclu qu'il s'agissait de granulations graisseuses entièrement fines, dont les amas sont assez gros pour apparaître comme des corps opaques. Ainsi ces molécules de graisse se rencontrent aux environs des vaisseaux péri-lobulaires; il est probable, d'après ces observateurs, qu'elles sont contenues dans les capillaires qui cernent les cellules du foie et forment ainsi des réseaux remarquables par leur disposition régulière. »

On peut dire qu'il y a d'abord une congestion sanguine des vaisseaux portes qui entourent les lobules et même les cellules hépatiques. Cette congestion tend à diminuer à mesure que la maladie dure et en même temps la dégénérescence graisseuse envahit les cellules du foie qui, de prismatiques qu'elles étaient, deviennent plus ou moins globuleuses, pâlissent et contiennent des globules de graisse qui vont en augmentant avec le temps.

L'enveloppe péritonéale du foie est jaunâtre. Parfois, la capsule de Glisson ne s'enlève pas facilement, on constate des

adhérences avec le diaphragme ou les organes voisins; aussi il est très difficile souvent d'enlever le foie de sa cavité. Ce sont de fausses membranes semblables à celles que nous avons mentionnées pour les intestins qui fixent le foie aux parties voisines.

La vésicule biliaire ne contient qu'une petite quantité de bile. Elle est souvent noire et très foncée. Traitée par le chloroforme, elle ne donne souvent que des traces de biliverdine, car la bile se forme peu ou pas, les fonctions du foie étant plus ou moins entravées.

### *Rate.*

La rate est un organe qui prête beaucoup à discussion. Au point de vue du poids, il me semble que la rate présente, suivant les sujets, les différences les plus extrêmes. En effet, si l'on veut prendre la peine de jeter un coup d'œil sur toutes les observations que je donne et dresser un tableau comparatif des différents poids qu'affecte l'organe en question, on voit que son poids varie depuis 50 gr. dans un cas appelé accès pernicieux convulsif jusqu'à 1,100 et 1,200 gr. dans des cas où la mort n'a point été certainement déterminée par une fièvre pernicieuse. Que conclure? que le volume de la rate n'est pas toujours un caractère suffisant pour établir sûrement le diagnostic. Il y aurait beaucoup à dire sur la manière dont peut se produire cette augmentation de volume; nous ne voulons point nous lancer dans de pareilles considérations, qui pourraient cependant être bien intéressantes, mais qui nous feraient dévier de la route que nous devons suivre : l'observation clinique interprétée physiologiquement.

L'état de dureté ou de ramollissement de la rate est encore un point litigieux. Tantôt elle est dure, sclérosée; tantôt elle est molle, ramollie par places ou en totalité sous forme de bouillie. Quand dans les pays chauds on trouve une rate un peu ramollie et qu'on est un peu embarrassé pour le diagnostic, on dit : accès pernicieux. On ne songe pas assez que des maladies, infectieuses à un plus haut degré que le paludisme, peuvent entraîner le ramollissement de la rate. Ainsi, d'après Murchison, la rate est toujours hypertrophiée, dans la fièvre typhoïde quand la mort arrive avant le trentième jour. Dans 23 cas sur 52 qu'il a observés lui-même, elle était ramollie.

Selon Rokitansky, la dilatation en même temps que le ramollissement de la rate peuvent amener une rupture spontanée. On voit quelquefois (*Traité de la fièvre typhoïde*, par Murchison, Paris, 1878) des infarctus dans la rate. Murchison les a notés 2 fois sur 61 cas, et Hoffmann les a trouvés 9 fois sur 250 cas à Bâle. Ils sont sujets à s'amollir et à se transformer en un liquide puriforme et peuvent alors déterminer une péritonite. D'après Murchison, ils ressemblent exactement à ce qu'on appelle « les masses emboliques » rencontrées dans les maladies typhiques.

C'est à peu près ce qui se passe dans la fièvre bilieuse inflammatoire et nous insistons tout particulièrement sur ce fait, car nous pensons qu'on est trop enclin, dans les pays chauds, à ne voir que des fièvres à quinquina là où la rate est augmentée de volume et surtout ramollie. Souvent il n'en est rien et tous les jours on constate son impuissance avec le spécifique des fièvres paludéennes; car dans bien des cas on est en présence d'une maladie infectieuse, et pour dire le mot générique, sans tenir compte pour le moment de l'espèce, d'une maladie typhique.

Dans un cas rapporté par M. Bérenger Féraud dans son remarquable travail sur la fièvre bilieuse inflammatoire des Antilles, on voit que la rate pesait 940 gr.; qu'elle était tellement diffluente qu'elle rompit pendant la vie sa capsule d'enveloppe et occasionna la mort.

J'ai observé un cas présentant une lésion de la rate bien intéressante et je ne puis m'empêcher de rapporter en entier cette observation.

### Observation XXIII.

Abdelk ader-ben-Dyelloul, transporté arabe, âgé de 31 ans, natif d'Alger, 6 ans de Guyane. N'a jamais été malade. A toujours été embarqué sur la *Truite*, pénitencier flottant mouillé en rade de Cayenne, depuis son arrivée dans la colonie.

Entre à l'hôpital de Cayenne, le 11 mai 1878, à 4 heures du soir. T. 40; pouls à 100. Il dit être malade depuis deux jours; soif ardente; céphalalgie et douleur épigastrique, langue légèrement saburrale. Teinte ictérique des conjonctives. La miction est facile et abondante. *Prescription :* Ayapana, sulfate solique 45 gr.; compresses vinaigrées.

12 mai. Matin. T. 38,5; pouls à 96; soir 39,6; pouls à 96.

13 mai. Matin. T. 39,5; pouls à 100. Langue rôtie; soif ardente; vo-

missements bilieux. Stupeur et délire; agitation dans la nuit. Pas de douleur au niveau du foie, ni de la rate. La miction est facile; a uriné un litre environ en 24 heures. Selles nombreuses à la suite du purgatif; faiblesse en allant à la selle. *Prescription* : Albumineuse; potion sulfatée à 20 gr.; potion : aconit et digitale; potion : extrait de quinquina 2 gr., noix vomique 10 gouttes; lavement : décoction de quinquina 200 gr., acide phénique 5 gouttes, quinine 1 gr. 50. 4 heures du soir. T. 39,8; pouls à 102.

14 mai. Matin. T. 39,8; pouls à 104. Langue rôtie; épigastralgie; stupeur. Selles peu nombreuses, liquides, verdâtres; le malade a eu des faiblesses en allant à la selle; un litre d'urine en 24 heures; anneau albumineux assez marqué, teinté au-dessous par une légère couleur verdâtre; urée 17 gr. 56 par litre. Soir. T. 40,1; pouls à 116, petit.

15 mai. Matin. T. 41,3; pouls à 116. Hier soir à la visite de 4 heures, il y avait perte de connaissance, dysphagie, carphologie. Ce matin, à 8 heures, la connaissance est plus complète. Les conjonctives sont d'un jaune-rouge très prononcé; elles donnent lieu à un écoulement purulent; peau froide, visqueuse; pas d'urine depuis hier soir. Agonie. T. 41.

Mort le 15 mai à 9 heures du matin.

Autopsie faite 4 heures après la mort.

*Habitus extérieur.* — Constitution très forte; taille au-dessus de la moyenne; teinte ictérique des conjonctives.

*Ouverture du crâne.* — Les veines de la dure-mère et les sinus sont gorgés de sang et congestionnés. La surface des hémisphères a un aspect gélatineux dû à un épanchement séreux dans le tissu cellulaire sous-pie-mérien. On remarque sur le lobe occipital gauche, quelques petites hémorrhagies situées dans le tissu cellulaire sous-piemérien, sans intéresser la substance grise.

Corps calleux, ventricules latéraux et moyen complètement sains; substance blanche cérébrale saine. Rien à noter au cervelet, à la protubérance et au quatrième ventricule.

*Thorax.*— Les plèvres sont saines, sauf quelques adhérences anciennes. Les deux poumons crépitent peu et sont le siège d'un emphysème pulmonaire peu marqué. Au sommet du poumon gauche, on trouve quelques petits points tuberculeux avec des carnifications et quelques tubercules miliaires. Rien à droite.

*Cœur.* — Rien de particulier; les cavités sont saines; les gros vaisseaux sont sains.

*Cavité abdominale.* — A l'ouverture de la cavité abdominale, on note une coloration ictérique très prononcée des intestins et du tissu cellulaire sous-péritonéal. L'intestin grêle a sa position ordinaire et est légèrement ratatiné. Le gros intestin est un peu distendu par des gaz et recouvre la rate en partie.

*Rate.* — La rate pèse 880 gr.; la capsule est fortement distendue; le tissu est friable et se déchire au simple contact. Enlevée, elle présente à sa face interne, près du bord antérieur, deux grosses phlyctènes remplies d'un pus sanieux. Incisées, ces phlyctènes communiquent avec le tissu splénique, au moyen de deux petits orifices facilement visibles.

La capsule qui forme la partie interne des phlyctènes est séparée du tissu splénique à ce niveau et fortement adhérente sur toute sa surface. Les coupes pratiquées en différents sens permettent de constater l'existence de deux masses gris-jaunâtres, en partie ramollies, sous-jacentes aux deux phlyctènes précitées. On rencontre encore çà et là dans l'organe, mais toujours à la périphérie, des masses de même aspect, de volume variable.

Le reste du tissu splénique est noir foncé, assez ferme, sauf à l'extrémité inférieure où l'on rencontre une véritable bouillie noirâtre.

*Foie.* — Le foie pèse 2 kilog. 250 gr. Sa coloration est marbrée de taches jaunes et rouge-foncé. Sa surface est lisse; la capsule ne s'enlève qu'en prenant de fortes quantités de tissu hépatique. Ce tissu est mou et très friable. Des coupes pratiquées dans diverses directions, montrent que le tissu, quoique très friable, est à peu près normal; cependant il existe au niveau de la branche droite de l'hépatique, une tumeur de la grosseur d'une noisette dure et de coloration blanche. Dans le lobe gauche, on trouve les canaux biliaires fortement dilatés, teints en jaune et contenant çà et là une matière noire.

*Rein gauche.* — Son poids est de 250 gr.; volumineux; aspect congestionné, irrégulier, présentant un gros noyau dur au niveau du bord postérieur.

La capsule se détache facilement partout, même au niveau des tumeurs. A la coupe, le tissu rénal semble fortement congestionné. On remarque des points hémorrhagiques dans les pyramides de Ferrein. Au niveau du bord postérieur, on trouve une série de tumeurs d'aspect blanc rosé, entourées d'un liseré pâle. Ces tumeurs siègent uniquement dans la substance corticale et semblent respecter complètement la pyramide.

*Rein droit.* — Pèse 275 gr.; même aspect que le rein gauche; même tuméfaction au bord postérieur. A la coupe, même état. Il est à noter que les tumeurs de même nature que dans le rein gauche, siègent dans la substance corticale et dans les pyramides.

*Vessie.* — Contient un peu de liquide.

*Estomac.* — Arborisation légère dans le grand cul-de-sac; quelques ecchymoses sous-muqueuses. Le reste de la muqueuse est normal.

*Intestin grêle.* — L'intestin grêle contient des matières demi-liquides, colorées en jaune; on y trouve des ankylostomes; la muqueuse paraît normale, les ganglions mésentériques sont normaux.

*Gros intestin.* — Contient des matières fécales presque solides et ne présentant rien de particulier.

Ce cas que j'ai observé moi-même à l'hôpital de la transportation de Cayenne a été, faute de mieux, classé sous le diagnostic de fièvre pernicieuse algide. Aujourd'hui faisant une étude plus générale et plus synthétique de tous les cas que j'ai observés, je ne puis me contenter de cette épithète. En effet, la fièvre pernicieuse n'existe point; la perniciosité n'est qu'un résultat et non une cause. C'est l'exagération d'un ou de plusieurs symptômes. Cet homme n'avait jamais été malade ; il était d'une constitution vigoureuse et robuste et au milieu de la santé il est surpris par une maladie qui l'enlève en 4 jours. Il est donc naturel de penser à une affection aiguë survenant chez un individu bien portant et accomplissant son évolution naturelle en quelques jours. L'accès pernicieux, quand il survient, est toujours précédé de plusieurs accès de fièvre et d'une prédisposition spéciale de l'économie qui est annoncée le plus souvent par la faiblesse, l'anémie et l'alanguissement des fonctions.

La lésion si intéressante de la rate n'est que l'effet brusque et rapide de la cause morbide qui est générale et qui manifeste son action par des hémorrhagies siégeant un peu partout, dans le cerveau et les reins. Le foie est parsemé de taches jaunes.

Le paludisme ne procède pas aussi brusquement ; il faut toujours un terrain préparé. Il ne terrasse pas en quelques jours une existence pleine de vigueur. Il peut bien amener des hémorrhagies et un certain retentissement sur les organes, comme les reins, mais c'est toujours avec lenteur. On a bien voulu étendre le cadre des affections paludéennes, en y comprenant certaines fièvres subcontinues ou rémittentes, mais c'est renverser toutes les idées reçues sur le paludisme, que d'admettre pour les affections paludéennes, une marche aussi rapide que pour les affections typhiques.

Ainsi donc, tout en tenant un grand compte de la lésion principale qui siège dans la rate, nous pensons être encore en présence d'un cas de fièvre bilieuse inflammatoire, c'est-à-dire d'une affection à marche plus rapide, plus générale et plus infectieuse que la fièvre paludéenne.

La pigmentation de la rate est aussi à considérer, à cause de la valeur diagnostique que, pendant longtemps, on a voulu lui

donner. Dans le cas que nous venons de rapporter, on signale bien une certaine coloration noirâtre sur certaines parties de la pulpe splénique, mais par contre il existe une coloration jaune dans le foie et cet organe ne paraît pas le siège d'une pigmentation accentuée. Il est bien évident que dans une maladie qui a évolué en 4 jours chez un homme jusque-là bien portant, la pigmentation n'a pas eu le temps d'être la cause d'accidents pernicieux. Du reste, dans le cas où elle existerait, elle ne nous indiquerait qu'une seule chose, la destruction des globules rouges. Sous quelle influence, de quelle manière cette destruction s'est-elle opérée? c'est précisément le problème que nous aurons à résoudre.

La pigmentation n'est pas une lésion plus élevée que la dissolution du sang et l'albuminurie, et elle remonte à la même source originelle. Quand elle apparaît, elle est l'indice d'une altération du sang plus profonde et plus intime et peut accuser également la malignité de la fièvre. Il n'est pas étonnant que, sous l'influence d'une fièvre maligne, le sang s'altère, que ses globules se détruisent et produisent des pigments, que de l'albuminurie, de l'hydrémie, de l'aglobulie, des diarrhées, des hémorrhagies, des hydropisies, apparaissent dans le cours de cette affection. Quelle est la cause de cette fièvre maligne qui produit si rapidement et en si peu de temps une semblable altération du sang? Je me contenterai de dire pour le moment que je ne crois pas à la cause paludéenne, telle qu'elle est admise aujourd'hui, car elle n'a pas l'habitude de produire de tels désordes en si peu de temps. Il nous faudra tâcher de déterminer cette cause spécifique en étudiant la nature de la maladie.

Nous voulons, quant à présent, chercher seulement à établir que la présence du pigment dans les organes n'est pas toujours sous la dépendance d'une cause palustre. Stewens (cité par Meckel) a trouvé une matière colorante noire dans le sang de sujets atteints de fièvre jaune; Nedl a découvert des granulations d'un brun noirâtre dans les petits vaisseaux de l'intestin chez des cholériques; les capillaires de l'encéphale renferment parfois des pigments chez les individus morts de fièvre typhoïde. Rokitansky a cité des cas de pyémie, de typhus et de gangrène, dans lesquels un certain nombre de corpuscules pigmentaires étaient mêlés au sang.

Aussi la théorie qui attribue à l'action du pigment la plupart des accidents pernicieux est aujourd'hui jugée. On comprend les critiques élevées en France par M. Charcot et récemment par M. J. Simon, contre les assertions qui attribuaient à la présence du pigment le trouble des fonctions des organes.

Du reste, la mélanémie palustre elle-même n'est constante dans aucune forme, sa fréquence varie beaucoup; tandis que Frerichs l'a rencontrée très souvent dans l'épidémie qu'il a observée en 1852, sur les rives de l'Oder; on n'en a pas noté un seul exemple, dans celle qui a régné récemment à l'embouchure de l'Elbe; et M. Colin, pendant son séjour à Rome, ne l'a constatée que dans un petit nombre des cas de fièvres pernicieuses qui lui ont passé sous les yeux.

Il existe aussi assez fréquemment sur l'enveloppe de la rate des plaques blanchâtres qui fixent souvent l'organe aux parties voisines. C'est de la périsplénite qui se trouve aussi quelquefois dans la fièvre typhoïde. M. Gœtz, interne des hôpitaux, en signalait dernièrement un cas intéressant à la société anatomique. A l'autopsie d'une fièvre typhoïde, on constatait que la rate avait triplé de volume, que le tissu était mou et friable. La face externe était fixée à la face inférieure du diaphragme; des adhérences fibreuses avaient accolé les deux feuillets du péritoine qui entoure la rate. Il peut donc y avoir une inflammation localisée au péritoine qui entoure la rate, une véritable périsplénite, et il paraît logique d'admettre l'hypothèse d'une congestion splénique, dans le cours d'une fièvre typhoïde. D'après M. Charcot, une douleur vive siégeant à ce niveau permettrait peut-être de diagnostiquer la perisplénite. Cette lésion est assez commune dans la fièvre bilieuse inflammatoire.

Nous terminerons cette longue digression sur les lésions de la rate en disant que ni le volume de cet organe, ni sa dureté, ni son ramollissement, ni même sa pigmentation partielle ne sont des caractères suffisants pour faire exclure le diagnostic de fièvre bilieuse inflammatoire, parce que ces altérations peuvent exister aussi fréquemment dans les maladies typhiques que dans les maladies palustres.

*Organes de l'urination.*

Les reins sont le siège de congestion ou d'hémorrhagies. La congestion est parfois si intense qu'il est impossible de distinguer les deux substances. On voit encore cependant les glomérules de malpighi à la surface, sous forme de points rouges; les pyramides sont souvent plus pâles que le reste.

Dans certains cas, les reins offrent peu de lésions au microscope; les tubes de Ferrein paraissent sains; seul l'épithélium de la substance corticale est légèrement trouble; les noyaux sont peu visibles et se colorent mal; on ne voit rien de particulier aux glomérules, vaisseaux et tissu conjonctif de l'organe.

D'autres fois, la capsule fibreuse s'enlève très facilement; la surface est fortement ardoisée. Le tissu est mou et très friable. A la coupe, on est frappé par la coloration jaune exsangue de la substance corticale et des colonnes de Bertin, qui tranche avec l'aspect normal du tissu des pyramides. La coupe de la substance corticale est d'ailleurs grasse et luisante. Il y a de la graisse visible au microscope dans les cellules épithéliales de la substance corticale.

Quelquefois encore, le tissu des reins est complètement exsangue; les deux substances sont pâles, grises, à peine distinctes l'une de l'autre. La substance corticale surtout semble ne plus posséder de vaisseaux sanguins. Quel que soit le sens des coupes, elle se présente comme une substance grise, amorphe; on n'y retrouve ni les corpuscules de malpighi, ni les traînées rouges situées entre les tubes qui dénotent les vaisseaux sanguins. L'examen au microscope fait sur des pièces fraîches et par dissociation permet de constater que les cellules du tissu rénal sont granuleuses et troubles; leur noyau est peu visible et leur protoplasma renferme de nombreuses granulations très fines et très ramifiées.

Dans quelques cas, les deux substances sont très distinctes; on y voit facilement les corpuscules de malpighi. Des pièces fraîches examinées après dissociation n'ont fait constater que l'état trouble de l'épithélium des couches corticales et l'intégrité des cellules qui revêtent les tubes des pyramides.

En outre de la congestion assez marquée sur les deux reins, j'ai trouvé, une fois, sur le rein droit, au niveau de la portion

épanouie d'une des pyramides empiétant sur la colonne de Bertin correspondante et sur la substance corticale, un petit kyste séreux parfaitement sphérique et offrant environ 0,015$^{mm}$ de diamètre. En faisant des préparations, on voit bien que c'est un kyste séreux, ce que démontre la présence de quelques débris d'un épithélium pavimenteux en mosaïque. Le tissu rénal en forme les parois, mais le tissu est représenté seulement par des tubuli atrophiés ayant leur diamètre très amoindri. Ces tubuli sont serrés les uns contre les autres au bord même du kyste. Un peu plus loin, ils sont assez distincts les uns des autres et séparés par du tissu conjonctif condensé. Le reste du tissu rénal ne présente rien d'anormal. L'épithélium qui tapisse les parois du kyste est formé par des cellules hexagonales très régulières, assez semblables de forme à celles de la choroïde et ne constituant qu'une seule couche. Ces kystes, de nature ordinairement colloïde, peuvent pourtant se développer dans les tubes urinifères eux-mêmes; dans ce cas il y a tuméfaction et destruction des cellules, une substance amorphe remplit les tubes urinifères, pour former des kystes de la grosseur d'un pois, d'une lentille, d'une noisette et même d'une noix. C'est surtout à la surface des reins qu'on les rencontre, dans les tubes contournés et on a un bloc pareil à un cristallin flottant dans un liquide, et on comprend alors la possibilité d'une urine hématurique. C'est une altération semblable à la dégénérescence vitreuse que l'on peut observer dans les muscles, dans le cours de la fièvre typhoïde.

L'examen d'un rein soumis à l'analyse par M. Bérenger Féraud, a démontré quelques lésions intéressantes :

« On trouve des sections de tubuli très nettes dans lesquelles l'épithélium est seulement un peu trouble, à limites diffuses et à noyaux très nets; la cavité de ces tubuli est cependant libre.

« On trouve dans les coupes des séries de glomérules non altérés. Puis, non loin de ces portions intactes, il est des places où on ne distingue plus qu'une infiltration de petites cellules et où il y a des vaisseaux énormes, gorgés de sang.

« Plus loin, on voit des stries épaisses de tissu conjonctif avec des restes de tubuli dont l'épithélium a disparu par places et dans lesquels on voit un exsudat amorphe coloré en jaune (la

préparation ayant été traitée au préalable par le picro-carminate).

« Dans l'épaisseur des stries de tissu conjonctif, on voit quelques cellules rondes et dans l'intervalle les stries des vaisseaux capillaires devenus énormes, remplis qu'ils sont par du sang coagulé par le réactif.

« Dans les environs, on voit des glomérules dont la cavité a été envahie par un exsudat jaunâtre, qui a refoulé ledit glomérule dans un coin de l'aire qu'il occupait primitivement.

« Ainsi donc, on trouve sur le rein : 1° Des parties relativement saines; 2° des parties enflammées, infiltrées de cellules embryonnaires sur le point de suppurer; 3° des parties sclérosées, dans lesquelles les tubes sont desquamés et renferment des cylindres fibrineux pendant que le réseau vasculaire ambiant est le siège d'une congestion considérable.

« De leur côté, les épithéliums sont partout plus ou moins granuleux; ils doivent renfermer des molécules de graisse.

« La substance corticale et surtout les pyramides de Ferrein, c'est-à-dire le pinceau de tubes collecteurs situés entre deux haies de glomérules, a paru le siège de l'altération sclérotique.

« La substance médullaire paraissait relativement beaucoup moins altérée; les vaisseaux y sont très difficiles à percevoir. »

En résumé, les altérations rénales paraissent consister principalement en une congestion ayant surtout pour siège les vaisseaux qui cheminent entre les tubes droits et les glomérules; la desquamation ou l'état trouble de l'épithélium, avec ou sans granulations graisseuses; l'hyperplasie du tissu conjonctif de la substance corticale et surtout des pyramides de Ferrein; les kystes séreux, quand ils existent, siègent dans le tissu cellulaire qui sépare les tubuli qui sont dispersés et ensuite refoulés par le liquide épanché, ou bien dans l'intérieur des tubes urinifères qu'ils distendent. Il n'est pas impossible que des hémorrhagies passives se produisent au niveau des glomérules; mais j'avoue n'avoir rencontré à la Guyane qu'un ou deux cas dans lesquels on pouvait soupçonner la présence des matières colorantes du sang.

Les uretères sont ordinairement vides; on peut les trouver pleins de liquide et sous forme de gros cordons.

La vessie est à moitié vide; elle peut présenter, mais rare-

ment, des ecchymoses; elle contient un liquide jaunâtre, souvent albumineux.

*Organes thoraciques.*

1. Le larynx et la trachée présentent peu ou pas d'altération. Il n'est pas impossible. croyons-nous, d'observer la membrane muqueuse congestionnée ou ulcérée; mais nous n'avons que peu de renseignements sur ce sujet.

2. Les bronches sont souvent remplies de mucosités spumeuses, tandis que leur membrane muqueuse est très congestionnée.

3. Les poumons sont parfois trouvés sains; mais dans la plupart des cas, ils présentent la congestion hypostatique; quelquefois un peu d'œdème.

La congestion hypostatique est très commune. Il est rare de ne pas observer un certain état d'hépatisation et de splénisation, comme disait Louis, à propos de la fièvre typhoïde, à la base des deux poumons.

La pneumonie se développe souvent comme complication de la fièvre bilieuse inflammatoire; nous devons nous y arrêter un instant, car elle présente des caractères anatomiques importants à connaître.

Quand une pneumonie se déclare dans le cours de la fièvre bilieuse inflammatoire, on ne trouve point les véritables caractères de l'hépatisation rouge ou grise. Le tissu hépatisé est mou, friable et laisse s'écouler un liquide un peu sanieux.

Si l'on se reporte à une des observations que j'ai données précédemment, on trouve dans le lobe inférieur l'aspect de l'hépatisation grise, mais au milieu de ce tissu hépatisé, il existe un grand nombre de points rouge-vineux, semblables à de la boue splénique. Ces points disséminés un peu partout, mais principalement à la périphérie, ont quelquefois la grosseur d'une noix. Traités par un filet d'eau, toute la substance rouge disparaît et il ne reste qu'une cavité creusée dans le tissu pulmonaire hépatisé, dont les parois sont déchiquetées, irrégulières et couvertes de filaments flottants.

Dans quelques cas, le poumon est hépatisé et présente une teinte grise, mais il n'existe aucun point ramolli, ni aucune caverne. A la coupe on voit de petits points blancs qui ressem-

blent, au premier aspect, à des tubercules, mais en examinant plus attentivement, on remarque que ces points blanchâtres sont mous et dans certains points se continuent dans les bronches en formant des moules fibrineux.

Ces lésions, qui souvent se présentent sous la forme de petites masses, du volume d'un lobule, dont beaucoup se réunissent pour former des masses plus considérables, nous ont fait songer parfois aux cas de pneumonie massive que nous connaissons depuis la communication de M. Grancher.

D'un autre côté, quand on se reporte aux lésions qui existent en même temps sur les autres organes, quand on constate la présence du sang dans les intestins avec ecchymoses sous-muqueuses, on songe naturellement à la communication faite à l'Académie de médecine, le 30 septembre 1879, par M. Bouley, résumant un mémoire d'un médecin anglais, le Dr Klein, relatif à une maladie infectieuse du porc, qui fait de grands ravages, à des époques plus ou moins éloignées, dans la population porcine de la France et de l'Angleterre, et à laquelle on a donné les noms les plus variés : rouge, violet, érysipèle, charbon, peste porcine. M. le Dr Klein propose le nom de pneumo-entérite infectieuse, parce que les poumons et les intestins sont constamment affectés.

Déjà, dans des recherches antérieures, le Dr Klein avait constaté la présence dans les tissus malades, d'un organisme inférieur en quantité considérable. Il a réussi depuis, en employant les procédés de culture imaginés par M. Pasteur, à isoler cet organisme et à le conduire à maturité dans des liquides artificiels ; il a pu de la sorte l'étudier dans toutes les phases de son développement, depuis son état de germe jusqu'à l'état parfait de fungus spécifique ; enfin, après l'avoir complètement isolé par un grand nombre de cultures successives, l'inoculation d'une petite quantité de ce nouveau microbe a provoqué, chez un porc absolument sain, la maladie dont il est question, avec tous ses caractères et toute son intensité.

Voilà donc un nouveau fait à l'appui de cette théorie, que les maladies infectieuses ou contagieuses sont sous la dépendance exclusive du développement, dans les tissus, d'un organisme inférieur, distinct pour chaque maladie.

Nous avons voulu le signaler et le rapprocher de la pneu-

monie qui se développe dans le cours de la fièvre bilieuse inflammatoire, pour nous aider à établir plus tard que ce n'est point un processus inflammatoire local mais bien général et sous la dépendance probable d'une cause infectieuse.

5. La plèvre présente assez souvent des signes d'inflammation. Des adhérences récentes existent assez souvent; on trouve quelquefois dans la plèvre une quantité plus ou moins grande de liquide séreux et rougeâtre.

Il est assez commun de rencontrer sur une des plèvres de petites ecchymoses inflammatoires: quelquefois une épaisse couche fibrineuse réunit la plèvre pariétale au poumon; ou bien on observe à la surface de légères taches noirâtres ecchymotiques.

On trouve parfois sur la plèvre viscérale, à la surface des poumons un magma gélatineux qui se rencontre aussi parfois dans le péritoine et dans le cerveau.

6. Le cœur offre souvent un certain état de ramollissement; il est mou et pâle. Ce ramollissement du cœur peut être dû à une dégénérescence cireuse ou granuleuse du tissu musculaire. Son tissu peut présenter des ecchymoses.

L'endocarde est généralement sain; il peut présenter une coloration rouge-foncé; dans quelques cas, il est opaque et épaissi par suite de la dégénérescence graisseuse de son épithélium et on peut trouver une lésion récente avec des végétations siégeant sur les valvules aortique et mitrale. Les oreillettes contiennent souvent des caillots noirs ou jaune-ambré.

Le péricarde contient parfois un liquide louche. Les feuillets séreux, tant pariétal que viscéral, sont souvent le siège de nombreuses végatations récentes. Il existe, dans certains cas, sur la face antérieure du cœur, une couche épaisse de fausses membranes qui se détachent facilement. Quand la séreuse péricardique est, dans toute son étendue, le siège de nombreuses végétations membraniformes, elle donnent aux deux feuillets péricardiques un aspect villeux et rugueux.

Les gros vaisseaux contiennent souvent de gros caillots jaune-ambré, que l'on remarque si souvent dans les autopsies à la Guyane. Les petits vaisseaux paraissent dilatés et quelquefois hémorrhagiés; ils peuvent être le siège d'une dégénérescence graisseuse.

### *Système nerveux.*

Les membranes du cerveau sont souvent congestionnées. On observe assez souvent de la congestion ou des ecchymoses dans le tissu cellulaire sous-piemerien. Il n'y a souvent aucun rapport entre la gravité des symptômes cérébraux pendant la vie et la vascularité des membranes cérébrales constatée après la mort.

Le liquide céphalo-rachidien paraît augmenté dans quelques cas.

La substance cérébrale est hypérémiée; les plexus choroïdes sont souvent injectés.

On trouve en général une conjestion encéphalique intense et généralisée.

### *Etat du sang.*

L'étude du sang aurait dû être faite en premier lieu, car on doit voir que je me suis efforcé de rattacher la plupart des lésions que nous avons trouvées dans les principaux organes, à l'état du sang. Mais nous savons encore si peu de chose sur les altérations particulières que subit le liquide sanguin que nous avons cru devoir nous en occuper seulement en dernier lieu, cherchant de cette manière à voir, à deviner ce qui se passe dans le torrent circulatoire.

L'état foncé, liquide du sang se rencontre assez souvent, mais on observe fréquemmcnt des coagulations fermes et jaunâtres. Quand la mort a été précédée pendant quelques jours de l'état typhoïde, le sang est habituellement foncé et liquide; d'autres fois, quand la mort est due à une pneumonie, il contient souvent des coagulations fibrineuses.

Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de faire la numération des globules avec l'appareil de M. Malassez. Dans un cas où la fièvre avait été continue pendant cinq jours, nous avons noté le quatrième jour 4,032,000 globules par millimètre cube et le septième jour, on n'en trouvait plus que 2,239,000. Dans un autre cas analogue, observé à peu près en même temps nous avons noté le quatrième jour 4,040,000 globules par millimètre cube et le septième jour 2,270,000. Ce fait, s'il est confirmé par

de nouvelles recherches, nous prouve que les globules sont atteints en nombre assez considérable pendant la première période et qu'ils se détruisent quand l'altération est complète, c'est-à-dire pendant la période de rémission.

Quand on examine les globules au microscope ils paraissent tantôt nets, tantôt déformés. Il y en a souvent de plusieurs sortes : les uns sont normaux, les autres réduits, d'autres fraisés. Dans un cas suivi de mort, on comptait, un quart d'heure avant la mort, 2,250,000 globules. Ils étaient très diminués de volume, de moitié environ, paraissant à peine avoir un diamètre de 4 millièmes de millimètres. Ils étaient ovoïdes; la forme discoïde n'était plus nette; ils ne présentaient pas de dépression centrale. Une autre fois, au moment de la mort, nous avons compté 1,900,000 globules assez nets, mais de différentes grandeurs.

Il paraît donc bien démontré que les globules rouges diminuent, par suite d'une altération spéciale, d'une manière assez considérable et dans un temps assez court. La déglobulisation est donc rapide et il n'est pas étonnant de voir des hommes rester affaiblis et anémiés beaucoup plus longtemps que ne pouvait le fait prévoir tout d'abord la durée de la maladie. Si d'un autre côté, les organes ne fonctionnent qu'incomplètement, si par suite de l'atonie ou même de la dégénérescence qu'ils peuvent subir, ils ne sont plus en état de rénover promptement ces parties solides du sang essentielles à la vie, il en résulte un état de cachexie et d'anémie qui dure autant que l'inertie des organes.

Il est intéressant de parler en passant des récentes découvertes de M. Hayem sur la genèse des hématoblastes et la formation des globules rouges. Il croit avoir acquis la certitude que les globules blancs ne se transforment pas directement en globules rouges. Ses recherches ont porté d'abord sur le sang normal, puis sur les organes hématopoiétiques.

Chez le chat et le chien, les ganglions lymphatiques du mésentère et du cou contiennent de la lymphe dans laquelle on trouve des hématoblastes, petits corpuscules destinés à renouveler les hématies. Quand on les traite par des matière colorantes, comme l'irosine et la pirosine, ces hématoblates s'imbibent. Dans le canal thoracique, les hématoblastes existent en abondance et sont entourés d'hémoglobine.

Pour la rate, M. Hayem n'a trouvé rien de bien précis, mais en ce qui concerne la moelle des os, ses résultats diffèrent de ceux de M. Pouchet. Parmi les éléments colorés que l'on rencontre dans la moelle des os, il y en a, d'après M. Hayem, qui sont de véritables globules blancs, animés de mouvements amiboïdes, et ne diffèrant des leucocytes ordinaires que par l'hémoglobine qu'ils ont fixée. M. Hayem considère comme problématique le rôle hématopoïétique de la moelle des os. En résumé, d'après M. Hayem, les hématoblastes se forment par suite de la fragmentation des noyaux qui apparaissent dans l'intérieur des leucocytes de la lymphe.

Il serait bon de tenir compte de toutes ces nouvelles données, quand elles ne serviraient qu'à guider l'esprit de ceux qui cherchent à expliquer les phénomènes pathologiques de certaines maladies où l'altération du sang est à son maximum.

C'est avec beaucoup de regret que nous n'avons pu faire de recherches sur l'hémoglobine; cette lacune est d'autant plus regrettable qu'il nous semble que c'est surtout l'hémoglobine qui joue un rôle principal dans la fièvre inflammatoire. C'est elle qui fixe l'oxygène et il semble que le globule n'a plus de pouvoir fixateur et que les oxydations sont incomplètes. Ce sont les altérations de l'hémoglobine qui nous donnent la clé de certains phénomènes de coloration, tels que l'ictère du début. Nous ne pouvons décider ici si c'est elle qui est principalement influencée par le poison; mais si, pour une cause ou pour une autre, par suite du défaut d'oxydation, elle ne peut subir les transformations qui lui appartiennent; si sa transformation est incomplète, elle peut rester à l'état d'hémaphéine et colorer en jaune les tissus.

M. Quinquaud, dans son travail intitulé : *La maladie et sa lésion hématique*, se résume ainsi : « Toute maladie doit entraîner une lésion hématique, et le sang est un miroir où viennent se réfléchir les moindres troubles de l'organisme; à toute espèce morbide correspond une altération chimique déterminée du sang, d'où la valeur diagnostique de la chimie du sang. L'étude comparative de la quantité d'hémoglobine contenue dans le sang, de la quantité des matériaux solides du sérum, celle du pouvoir absorbant sont autant d'éléments du diagnostic diffé-

rentiel des maladies et donnent à l'analyse de ce liquide un intérêt tout particulier. »

Les analyses du sang devront donc être faites toutes les fois qu'on le pourra. Malheureusement, les laboratoires de nos colonies ne sont pas toujours suffisamment disposés pour se prêter aux recherches de ce genre.

Ainsi, au Maroni, mon excellent camarade M. Lalande désirait vivement faire l'analyse des gaz du sang; mais il n'avait point à sa disposition la machine Morren, construite et perfectionnée par M. Alvergniat, aussi nous avons été privés d'une étude fort intéressante. Depuis lors, M. Lalande a trouvé le moyen de construire une pompe à mercure avec les seules ressources d'un laboratoire et mettre à profit la construction de l'appareil à la portée de toute main un peu exercée. On trouve la description de cet appareil dans les archives de médecine navale, t. XXXII, page 296.

Avec les faibles ressources dont il disposait, M. Lalande a pu, dans plusieurs circonstances, nous donner l'analyse des autres éléments du sang.

Dans un cas suivi de mort, il a été trouvé :

| | |
|---|---|
| Eau. . . . . . . . . . . . . . | 825 |
| Globules. . . . . . . . . . . . | 95 |
| Albumine. . . . . . . . . . . | 57 |
| Fibrine. . . . . . . . . . . | 7 |
| Matières extractives. . . . . | 16. |

Le chiffre de la fibrine est remarquable et même surprenant. Le sang qui a servi à doser la fibrine a été pris tout près de la veine rénale ; c'est peut-être là la cause d'erreur. En tous les cas, nous constatons le chiffre sans y attacher beaucoup d'importance, car on ne peut rien déduire d'une seule analyse.

Le sérum s'est pris en masse au sortir de la veine (couenne inflammatoire). Il avait une coloration jaune, mais après avoir été passé à l'étuve, on remarquait une belle couleur bleue de la couche superficielle; en faisant une coupe à travers le caillot, on voyait que la couche moyenne était jaune, mais elle est bientôt devenue bleue au contact de l'air, ce qui prouve que ce changement est dû à l'oxygène. Ce fait est à noter, car il servira

peut-être à expliquer les transformations de l'hémoglobine.

Dans un cas analogue au précédent, le sang se prend en masse au sortir de la veine, sans couenne inflammatoire ; il est difficile d'avoir le sérum.

Le sang est acide, même après avoir été bouilli et traité par l'alcool.

| | | |
|---|---|---|
| L'analyse donne : | Eau. . . . . . . . . . | 851 gr. pour 1000 |
| | Urée. . . . . . . . . . | 1 gr. 50 |
| | Albumine. . . . . . . | 53 gr. 60 |
| | Globules secs. . . . . | 85 gr. 00 |
| | Fibrine. . . . . . . . | 2 gr, 80 |
| | Matières extractives. . | 6 gr. 30. |

Nous donnons ces chiffres sans les commenter ; remarquons seulement le chiffre de l'urée.

Le sucre a été recherché plusieurs fois. Aussitôt après la mort, il n'a pas été trouvé trace de sucre dans le sang pris dans la veine cave au-dessus des veines sus-hépatiques.

Pendant la vie, on le trouve en quantité quelquefois assez appréciable. Le sang était noir et fluide ; le sang des ventouses s'était pris en masse jaunâtre. Le sucre dans les capillaires, aspiré par ventouses et recherché par la méthode de Claude Bernard, a donné 0,66 centigr. par litre.

Le sang présente donc des altérations de la plus haute importance, mais qui ne sont encore qu'imparfaitement connues. On peut dire qu'il y a une déglobulisation rapide, que l'hémoglobine subit des transformations incomplètes.

L'anatomie pathologique de la fièvre bilieuse inflammatoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

1. Altération du globule sanguin et principalement de l'hémoglobine qui ne fixe plus l'oxygène et qui rend les oxydations incomplètes.

2. Altération des capillaires sanguins, produisant de la congestion, des ecchymoses ou des hémorrhagies, dans le tube intestinal et les divers organes.

3. Atonie des organes par suite de dégénérescence graisseuse ou de la paralysie vaso-motrice.

Je ne saurais terminer ce chapitre, de l'anatomie pathologi-

que, sans remercier tout particulièrement M. Lalande pour les analyses d'urines et de sang qu'il a toujours faites avec beaucoup d'empressement quand il servait en même temps que moi au Maroni. Que mon excellent ami, le Dr Hache, reçoive aussi mes remerciements pour tous les renseignements histologiques qu'il a bien voulu me donner, tant à Cayenne qu'au Maroni.

Je remercie aussi tout particulièrement M. Flagel qui servait avec moi au Maroni pendant mon second séjour, et qui a bien voulu m'aider à étudier la maladie que nous observions ensemble, en ne négligeant jamais une autopsie.

---

## CHAPITRE VII

**Marche. — Durée. — Terminaisons. — Rechutes et complications.**

Après avoir fait l'étude analytique de la fièvre bilieuse inflammatoire, il nous faut faire un peu de synthèse pour essayer de grouper ensemble les différents phénomènes que nous avons étudiés. C'est surtout par une étude synthétique que l'on pourra arriver à réunir en un même faisceau des maladies en apparence un peu dissemblables. La forme diffère ; le fond est souvent le même et si l'on nous demande ce que nous entendons par le fond, nous répondrons que, pour nous, c'est la cause première ; la forme serait la manière d'agir de cette cause sur les organes.

S'il n'existe point de symptômes vraiment pathognomoniques, propres à la maladie que nous étudions, il ne faut pas oublier qu'un nombre relativement très restreint de phénomènes élémentaires peuvent, en se groupant de mille façons, constituer les formes si nombreuses et si variées d'une affection bien déterminée. L'arrangement, l'enchaînement des symptômes font seuls des différences. C'est ainsi, comme le dit M. Charcot à propos des affections des centres nerveux, que les vingt-quatre lettres de notre alphabet diversement agencées suffisent à toutes les productions si ingénieusement variées de notre littérature.

Dans l'espèce, cet arrangement et ce groupement de quelques symptômes, constitueront un des éléments principaux de la détermination de la maladie.

Quand on veut classer une maladie, d'après un symptôme, on risque fort de se tromper. La température elle-même n'est pas suffisante pour caractériser, à elle seule, une affection. Il est bien certain que c'est souvent le phénomène le plus important, le plus saillant et qui donne l'idée la plus exacte de la marche de la maladie, mais trop souvent il ne suffit pas.

L'intermittence est bien le principal caractère de la fièvre paludéenne, mais on voit beaucoup d'autres maladies la présenter

à un moment quelconque de leur évolution. En effet, la marche intermittente d'une maladie tient tantôt à la nature de l'organe et de la fonction atteinte, tantôt à la spécificité de la cause, d'autres fois aux caractères de la lésion.

Bichat a remarqué le premier que les fonctions de la vie organique sont continues, tandis que celles de la vie de relation offrent en général le caractère de l'intermittence. La veille et le sommeil, le mouvement et le repos du système musculaire sont autant d'exemples d'un fonctionnement intermittent. Il y a plus, cette intermittence est forcée et l'action s'épuise, soit par sa durée, soit par son intensité. Donc, les maladies dont ces organes sont le siège, lorsqu'elles ont pour caractère la surexcitation fonctionnelle, sont forcément aussi intermittentes. Ainsi, une névralgie caractérisée par une douleur violente a promptement pour effet l'épuisement de la sensibilité fontionnelle, et sera nécessairement limitée dans sa durée, c'est-à-dire intermittente, sauf à recommencer quand la fonction nerveuse pourra reprendre : de là, son caractère souvent périodique. Ainsi, en raison même du type de la fonction, la périodicité intervient fréquemment, sans qu'il faille invoquer l'élément palustre.

La fièvre typhoïde, la pyoémie, la septicémie peuvent présenter aussi bien l'intermittence que la fièvre paludéenne.

La nature d'une maladie est bien plus difficile à saisir, mais aussi elle est bien plus importante pour une classification raisonnée. Ainsi l'endémie paludéenne ne franchit jamais ses limites, elle ne se répand pas au loin, parce que le principe infectieux qui l'a fait naître, n'est pas de nature à se reproduire au sein de l'organisme, parce qu'il n'est pas transmissible.

Ce caractère de premier ordre, la transmissibilité, est plus important que celui basé sur le type, pour séparer la fièvre paludéenne d'un groupe de maladies qui s'en rapprochent à certains égards, mais qui peuvent se transporter à distance. Ce dernier groupe auquel nous faisons allusion et qui comprend, entre autres, la fièvre jaune, procède souvent par bouffées épidémiques que séparent des intervalles de calme parfait. Mais pendant les rémissions, on observe des maladies qui sont, pour ainsi dire, le substratum de l'épidémie qui prendra naissance, quand les conditions seront favorables. Le Dr Bouffier dit qu'à

la Véra-Cruz comme aux petites Antilles, il s'écoule parfois des années entières, sans qu'on puisse observer des cas de vomito-negro; pour lui, comme pour M. Jules Rochard qui le cite dans son travail synthétique des maladies endémiques, l'endémicité n'existe pas, pour la fièvre jaune, dans l'acception propre du mot.

Nous pensons, en effet, que la fièvre jaune n'existe qu'à l'état épidémique; l'épidémicité est son véritable caractère; sans lui elle n'est pas ou du moins elle est ignorée. Mais il est une maladie qui en est le point de départ obligé et nécessaire, c'est la fièvre inflammatoire. C'est elle qui prépare le terrain; c'est elle qui donne naissance à ces épidémies très variables de forme et d'intensité. Comme la fièvre jaune, la fièvre inflammatoire est transmissible, mais elle est véritablement endémique dans le pays qui lui donne naissance.

Pour caractériser une maladie, il faut donc tenir compte de l'ensemble de tous les phénomènes qu'elle présente, en saisir la cause et la nature quand on le peut et dans tous les cas embrasser sa marche d'une manière générale, en suivant pas à pas ses périodes, les terminaisons et les complications dont elle est susceptible.

### *Marche.*

*Prodromes.* — La fièvre bilieuse inflammatoire résultant très probablement d'une intoxication, il existe une période dite d'incubation dont il est impossible de déterminer la durée, car elle n'est révélée par aucun phénomène. Nous admettons que cette incubation est d'une quinzaine de jours, mais cette appréciation est toujours très difficile et cela se conçoit. Depuis combien de temps, le miasme ou le poison a-t-il agi, d'une manière latente, sur le sujet? C'est ce qu'il est impossible de préciser, surtout dans un pays où la maladie règne d'une manière endémique. Il faudrait, pour arriver à une donnée exacte, des malades qui n'eussent point été soumis à l'influence générale.

Depuis le moment où le poison a pénétré dans l'organisme jusqu'à l'apparition des premiers symptômes, il se passe un temps plus ou moins long, suivant la réceptivité organique, dépendant elle-même de la constitution, du tempérament et d'influences générales et locales encore inconnues.

Chez quelques malades, il existe une période prodromique qui se manifeste par de l'inappétence et de la faiblesse générale ou par une lassitude extrême, de la douleur dans les membres, de la répulsion pour tout travail intellectuel ou manuel, de la céphalalgie, de l'anorexie, de la constipation ou de la diarrhée. Quelquefois, c'est une toux qui se prolonge pendant plusieurs jours, surtout quand domine l'influence catarrhale. Enfin dans quelques cas il y a une ou plusieurs épistaxis.

*Période fébrile.*— L'affection débute souvent très brusquement par un frisson, suivi de chaleur. Quelquefois le début a lieu par des frissons localisés dans les lombes, dans le dos, dans les membres. Souvent avec les frissons, il y a des vomissements ou des nausées, de la perte d'appétit et de la soif.

L'état pyrétique ainsi développé persiste avec plus ou moins d'intensité; vers le soir il se manifeste de l'exacerbation fébrile, suivi d'agitation et d'insomnie. Assez souvent le lendemain, le malade se trouve un peu mieux et il peut se lever, quoiqu'il se sente mal à l'aise; il peut y avoir ainsi pendant quelques jours des alternatives de bien et de mal. Dans la soirée du deuxième ou du troisième jour, les frissons reparaissent et sont suivis de chaleur; le malade se voit forcé de garder le lit. S'il tente de se lever, il chancelle et marche en titubant. On observe des vertiges, des bourdonnements d'oreille et une grande faiblesse musculaire.

On dit que la marche de la maladie dans la première période est ordinairement continue ou subcontinue, mais il faut bien savoir qu'on n'observe jamais de parfaite continuité dans la température.

Il y a toujours de légères oscillations dans la courbe thermique; elles varient du plus au moins. En général, elles sont de quelques dizièmes de degrés ou d'un degré au plus. Si ces rémissions sont plus marquées et qu'elles franchissent un ou deux degrés en un temps très court, c'est la forme rémittente. Quand enfin, après avoir atteint rapidement un fastigium élevé, avec ou sans plateau, elle redescend aussi rapidement aux environs de la normale, pour remonter bientôt à un chiffre élevé, c'est la forme intermittente, que cette maladie affecte quelquefois dans certains cas insidieux.

Rien ne peut empêcher la température de s'élever de nou-

veau et la maladie suit son cours ordinaire, sans se soucier du traitement spécifique. Quand la fièvre affecte cette forme, elle a ordinairement lieu pendant trois jours; dans ce cas, la période fébrile dure donc en général moins longtemps que dans le cas de continuité ou de rémittence, et la défervescence se fait aussi beaucoup plus brusquement. Ce qui la caractérise, c'est que la quinine est impuissante à empêcher la fièvre de se manifester pendant les trois jours consécutifs. Le malade paraît moins abattu que dans les autres formes; il peut même se lever, mais il sent que les fonctions pendant l'apyrexie sont encore atteintes; l'appétit ne revient pas, les jambes peuvent à peine le porter, la douleur de tête est constante. On dirait, en un mot, que la maladie continue toujours son action, malgré l'apyrexie.

Quand les rémissions sont un peu moins marquées et qu'elles n'atteignent le chiffre normal que pendant quelques heures ou qu'elles se tiennent un peu au-dessus de la normale, on est en présence, avons-nous dit, d'une forme rémittente. Il est bien difficile de dire au juste où la température doit s'arrêter pour être rémittente.

Admettons que la température normale soit 37,3; si la défervescence se fait assez rapidement pour que la température touche un moment le chiffre 37,5 ou qu'elle s'arrête à 38, pour remonter quelques heures plus tard, sans qu'il ait été possible de constater aucun amendement sérieux dans les phénomènes généraux, on dira que la fièvre est rémittente. Et si, dans les mêmes conditions, sans changement dans l'état général, au lieu de s'arrêter à 38, la température tombe à 37,3 ou 37,5 pour remonter de nouveau, mais après un temps un peu plus long, 6 à 8 heures par exemple, on dira qu'elle est intermittente. Mais pourra-t-on, par ce fait seul, attacher à ce nom l'expression qui lui est généralement donnée? Pourquoi ne pas voir dans l'une comme dans l'autre forme l'expression d'une même maladie, avec cette différence que dans l'une la rémission est tellement marquée qu'elle devient intermission? Mais encore où finira l'une et où commencera l'autre? Toutes choses très difficiles à décider tant qu'on ne se sera pas entendu sur ces mots de continuité, de rémittence et d'intermittence.

Avant la découverte de la dothiénentérie, les anciens, faute d'un signe anatomique constant, ne classaient les fièvres que

par la physionomie générale et élevaient la forme au rang et à la puissance d'une espèce. De même qu'ils avaient fait de l'ataxie, de l'adynamie, de l'état bilieux ou gastrique autant d'unités pathologiques; de même ils avaient fait autant de fièvres distinctes qu'il y avait de groupes symptomatiques.

Les modernes, à partir des travaux de Serres, de Petit, de Louis, de Chomel, rangèrent presque toutes les fièvres continues sous la rubrique de la fièvre typhoïde, sans en excepter le typhus et les paludéennes rémittentes. Il en résulta que la fièvre palustre, pour être maintenue dans le cadre des fièvres intermittentes, devait se caractériser par des paroxysmes plus ou moins périodiques avec des apyrexies plus ou moins franches. Cette réaction étonne d'autant moins que les travaux de l'école française portaient alors toute l'attention sur la fièvre typhoïde et que celle-ci dans nos climats est à peu près la seule fièvre continue endémique, tandis que la fièvre paludéenne de nos régions tempérées est presque toujours franchement intermittente.

Les médecins militaires de l'Agérie et les médecins de la marine ont élargi de nouveau les définitions de la fièvre paludéenne en y faisant entrer un grand nombre de pyrexies continues ou rémittentes.

Nous pensons qu'on est allé peut-être un peu loin de ce côté là et que l'on a compris dans l'immense groupe des affections paludéennes, des maladies se présentant très souvent sous la forme continue ou rémittente et parfois sous la forme intermittente, mais qui sont transmissibles et qui ne sont pas tributaires de la quinine. Nous pensons, en un mot, que la fièvre bilieuse inflammatoire, qui peut affecter ces trois types principaux, doit être dégagée de la fièvre paludéenne, par son caractère de contagiosité et par l'impuissance de la quinine à enrayer sa marche.

Son évolution naturelle et moyenne est de trois à cinq jours et la quinine ne peut empêcher cette première période de suivre son cours. Quand nous chercherons à déterminer la nature de cette affection, nous en trouverons peut-être la cause dans le sol et dans l'air; elle pourra ressembler alors, au point de vue étiologique, à la fièvre palustre ou tellurique, mais il faudra bien admettre qu'elle possède des caractères qui n'appartiennent

pas d'ordinaire à la fièvre des marais. C'est au moins ce que nous espérons démontrer.

En ne tenant compte que des symptômes, nous voyons que cette maladie peut se présenter sous la forme continue, rémittente ou intermittente mais, pour nous ces termes ne doivent pas préjuger la nature de l'affection que nous étudierons plus tard.

A propos de la forme intermittente qui prête le plus à discussion et sur laquelle nous insistons particulièrement à cause des idées étiologiques qui y sont attachées, nous ferons remarquer, encore une fois, que le plus souvent, quand cette forme existe, les symptômes généraux ne s'amendent que peu ou point pendant les intermissions qui sont toujours assez courtes, que nous ne considérons, du reste, que comme des rémissions plus marquées et plus longues.

La fièvre inflammatoire, quel que soit le type qu'elle affecte, s'accompagne pendant cette première période, de certains phénomènes à peu près constants : la céphalalgie, la rachialgie, le brisement des membres, l'épigastralgie et les nausées; l'injection des yeux, la rougeur de la face et du scrotum; l'état saburral de la langue; l'anorexie, la constipation.

Il existe, pendant cette période, des phénomènes de congestion, principalement du côté du tube digestif et surtout de l'estomac, dans les principaux viscères, le foie, la rate et les reins; l'albumine peut se présenter dans les urines; quelquefois aussi du côté du cœur et des poumons. La bouche et la langue participent à cet état d'hypérémie. On aperçoit souvent sur les gencives un liseré blanc. On observe de l'injection des yeux et du larmoiement; l'œil est brillant et humide; du gonflement des paupières, du catarrhe nasal et assez souvent du catarrhe bronchique, avec une toux fatigante, parfois accompagnée de râles sibilants.

*Période de défervescence.* — La deuxième période est surtout annoncée par la cessation de la fièvre. La température tombe souvent au-dessous de la normale. Le pouls baisse aussi considérablement; il tombe à un chiffre assez faible. La bouche est toujours empâtée; l'appétit ne revient que lentement. La faiblesse générale est bien marquée.

Les fonctions sont languissantes; les organes sont inactifs. On devine que la cause morbide a violemment impressionné

l'organisme. Les organes présentent souvent un peu de dégénérescence graisseuse; par moments, l'organisme cherche à prendre le dessus et à se débarrasser de tout ce qui le gêne; cette révolte, qu'on me passe l'expression, se traduit souvent par un accès de fièvre qui, en augmentant les combustions, aide l'économie à se débarrasser des substances qui l'encombrent et qui gênent son fonctionnement. La convalescence ne s'établit donc qu'avec une certaine lenteur et en présentant une disposition spéciale aux rechutes.

*Morbidité.* — Elle est quelquefois assez grande. On l'observe en même temps sur un grand nombre d'individus habitant la même caserne ou la même chambre. On voit, en résumant ce que nous venons de dire, que la marche de la fièvre bilieuse inflammatoire est plutôt celle d'une maladie typhique, ayant des périodes assez bien tranchées et maintenant longtemps le sujet sous son influence. Aussi sa gravité est-elle très variable; elle ne tue pour ainsi dire pas par elle-même, mais elle détermine souvent des complications fatales.

On voit des cas où l'influence morbide ne se révèle que par des phénomènes fugaces et constitue de la sorte ce qu'on a appelé ailleurs la typhisation à petites doses, le typhus levissimus. Par contre, il existe une autre série de faits redoutables, plus communs à certains moments, plus rares dans d'autres, où la terminaison fatale survient, par suite de conditions fâcheuses spéciales, inhérentes à l'individu ou à la localité. Nous aurons à nous expliquer sur ce point.

Il est bien difficile de dire, dès à présent, la part de mortalité qui revient à la fièvre inflammatoire. Beaucoup de fièvres dites pernicieuses, de rémittentes bilieuses ou autres, sont confondues avec elles, et jusqu'au jour où l'on sera assez bien fixé sur la fièvre inflammatoire pour lui donner le nombre de cas de mort qui lui reviennent, on sera embarrassé pour s'expliquer sur sa gravité.

Un fait frappe tout d'abord, quand on consulte sur la question comparative des atteintes, les rapports des médecins de la Martinique ou de la Guyane; c'est qu'à certains moments la maladie a été notablement plus bénigne ou plus grave que dans d'autres. Ainsi, par exemple, aux Antilles, de 1845 à 1850, on trouve que la fièvre inflammatoire se présente avec une gravité assez légère

en général, et qu'au contraire, en 1850, elle était extrêmement sévère, au dire d'Amic. En 1868, on a vu la gravité de la maladie s'accentuer de plus en plus, au point que dans le commencement les atteintes étaient toutes légères et à la fin elles étaient souvent si graves, qu'on ne pouvait les différencier de la véritable fièvre jaune, ont dit tous ceux qui ont pratiqué à la Martinique.

Enfin, M. Bérenger Féraud, pendant l'épidémie de 1876, a vu les atteintes être tour à tour bénignes, moyennes ou intenses, selon des bouffées parfaitement appréciables.

Il est arrivé à cette conclusion que la fièvre inflammatoire peut en moyenne être considérée comme emportant le 1 pour cent de la totalité des atteintes. Ce n'est là, comme il le dit lui-même, qu'une évaluation tout à fait arbitraire, et on le comprendra si on arrive à être persuadé de l'exagération que l'on a mise à appeler du nom de fièvres pernicieuses ou de rémittentes bilieuses beaucoup de cas de morts qui n'appartiennent qu'à la fièvre inflammatoire.

*Récidives.* — On peut dire, en général, que la maladie ne récidive pas, quand elle a été franche, que le malade a été bien soigné et complètement rétabli. Quand elles existent, les récidives tiennent par certains points à la gravité et constituent une question encore difficile à résoudre. La raison en est que les récidives se présentent souvent avec des caractères différents de ceux de la première atteinte et qu'elles ont plus d'un point de ressemblance avec les fièvres pernicieuses, les rémittentes bilieuses et même les fièvres dites typhoïdes.

M. le médecin en chef Bérenger Féraud avait cru, tout d'abord, que les individus qui avaient été atteints une première fois au degré intense, étaient désormais exempts de la maladie. En 1877, à la Martinique, il a eu beaucoup de preuves du contraire et il est arrivé à penser que ce dégré intense n'empêche pas toujours une récidive, soit au degré léger, soit au degré moyen, soit au degré intense de forme franche et de forme insidieuse même. Il cite, dans son remarquable travail de la fièvre bilieuse inflammatoire aux Antilles, le cas de Prévoteau, qui avait eu deux atteintes de fièvre inflammatoire, et qui a succombé, en mai 1877, à une atteinte de la même maladie.

Je connais aussi de nombreux exemples de récidives, mais

j'ajoute que ce qui m'a le plus frappé, c'est que la seconde atteinte ne ressemblait pas identiquement à la première.

Une compagnie d'infanterie de marine subit, aux Iles-du-Salut, en 1877, une épidémie de fièvre jaune qui la décima, puisque les pertes furent de 30 pour cent. Des hommes qui avaient été atteints légèrement par le fléau, sans sortir des Iles, sont entrés à l'hôpital trois ou quatre mois plus tard, avec tous les symptômes de la fièvre inflammatoire. J'ai connu un sergent qui avait eu la fièvre jaune aux Iles, à un degré intense, être pris, à dix-huit mois d'intervalle, d'une fièvre inflammatoire assez grave.

Les créoles ont plusieurs fois dans leur existence la fièvre inflammatoire. La raison en est simple. Ils vivent continuellement dans un milieu qui recèle la cause; ils vivent entourés de germes. Quand ils ont été atteints une première fois, et qu'ils sont complètement rétablis, ils deviennent réfractaires à l'action de ces germes, qui sont probablement de nature animale; mais que ces germes viennent à pulluler, sous l'influence de mauvaises conditions météorologiques ou même hygiéniques, que ces personnes, acclimatées au poison, perdent le bénéfice de l'immunité et deviennent plus prédisposées à l'action de l'agent morbide, par suite d'excès, de refroidissement, d'exposition au soleil et la maladie éclatera à nouveau, mais avec des caractères plus insidieux.

*Prédispositions créées par la maladie.* — Une maladie qui imprime son cachet pendant si longtemps à l'organisme tout entier, doit certainement créer une prédisposition pour les affections qui s'observent endémiquement dans les colonies.

La déglobulisation qui s'opère rapidement, la tendance à l'inertie des principaux organes; les congestions, les dégénérescences même qui s'observent sur quelques-uns d'entre eux, sont des raisons suffisantes pour expliquer la prédisposition. La résistance aux maladies, et aux propriétés malfaisantes des agents extérieurs, provient surtout du mouvement vital qui est singulièrement compromis par une maladie qui agit aussi profondément que la fièvre inflammatoire.

Quelques-uns des individus qui ont eu la fièvre inflammatoire, même au degré intense et de forme insidieuse, ont pu rester dans les colonies et continuer à s'y bien porter. Mais il

n'en est pas toujours ainsi. La plupart de ceux qui ont été atteints au troisième degré, sortent de là profondément anémiés. Ils mettent un temps très long à reprendre leurs forces, on les voit languissants et maladifs ; ils sont cachectiques. On comprend qu'ils soient exposés plus que personne à la fièvre intermittente, à la dysentérie, à l'hypérémie du foie et même à la tuberculose. Ils sont très impressionnés par les variations de température ; ils ne peuvent plus supporter le soleil ; ils ne sont plus aptes à travailler.

Aussi quand on voit, au bout de plusieurs mois, que ces hommes ne peuvent arriver à récupérer leurs forces, que surtout l'appétit ne revient pas ou que les fonctions intestinales se font mal, il ne faut pas hésiter à les renvoyer en France, en congé de convalescence. Mais quand on voit les organes reprendre lentement mais assez bien leurs fonctions, que la digestion se fait bien, on peut impunément laisser ces hommes dans le pays, car ils sont acclimatés et pour ainsi dire indemnes d'une maladie plus sérieuse, à la condition qu'ils soient placés dans de bonnes conditions hygiéniques.

*Immunités créées par la maladie.*— Nous venons de dire que les hommes fortement atteints pouvaient acquérir une certaine immunité et qu'ils venaient de subir, par cette première épreuve, une sorte d'acclimatement. Il nous faut voir quelle est la part d'immunité que confère une première atteinte.

M. Jourdanet, M. Crouillebois et nombre de praticiens, ont cru que la fièvre bilieuse inflammatoire conférait à l'individu une immunité contre les atteintes de la terrible fièvre ictérode. Cette opinion est si bien enracinée dans le Vénézuela et le Mexique que les habitants de l'intérieur choisissent, quand ils doivent venir se fixer sur le littoral, les années où règne la fièvre inflammatoire et non la fièvre jaune, espérant qu'ils seront atteints par la maladie légère et auront acquis ainsi désormais l'immunité vis-à-vis du typhus amaril.

M. Bérenger Féraud, tout en accordant à la fièvre inflammatoire une certaine immunité pour la fièvre jaune, n'est pas aussi optimiste et nous partageons l'opinion de notre vénéré maître. Nous pensons avec lui que, si le danger diminue à mesure qu'on habite le pays depuis plus longtemps, l'on aurait grand tort de s'exposer aux causes déterminantes de la maladie, insolation,

refroidissement, excès génésiques ou alcooliques, à n'importe quel moment de son séjour colonial. En effet, si l'on admet pour le moment, que la cause de la maladie réside dans des germes au milieu desquels vit l'individu qui se croit indemne, qu'une première atteinte l'ait rendu beaucoup moins apte à ressentir l'influence de ces germes, que son organisme se refuse en un mot, à se laisser influencer par eux ; il n'en est pas moins vrai que la réceptivité organique devenant plus grande et la résistance beaucoup moins forte, par suite de causes débilitantes, le poison peut arriver à se faire jour dans le corps, à impressionner les organes comme la première fois et à produire des désordres assez sérieux ; mais alors cette atteinte ne ressemblera pas tout à fait à la première. C'est alors qu'elle se présentera d'une manière insidieuse ; les organes ne se laisseront pas impressionner aussi facilement que la première fois et on assistera alors à la lutte de l'organisme contre le poison qui cherche à manifester toute son action. C'est alors aussi qu'on assiste à une scène beaucoup moins franche, beaucoup moins complète et qui peut donner lieu à de déplorables surprises.

Pour apprécier à sa juste valeur l'immunité que peut conférer la fièvre inflammatoire, il faut tenir compte de plusieurs facteurs : le degré de la première atteinte, l'âge de l'individu atteint et aussi l'époque à laquelle elle a eu lieu, si on est ou non en temps d'épidémie de fièvre jaune. Il est bien certain qu'une atteinte légère devra conférer une immunité moins grande qu'une atteinte grave.

Toutefois, une atteinte légère peut conférer une certaine immunité, si l'on sait en profiter, c'est-à-dire si l'on augmente les chances de résistance que donne même une indisposition, en évitant les imprudences.

L'immunité dépend aussi de l'âge de l'individu. On a remarqué aux Antilles que chez l'enfant, la fièvre inflammatoire n'a pas besoin d'être aussi intense que chez l'adolescent, et à *fortiori*, chez l'adulte, pour conférer une immunité dans le cas d'une épidémie ultérieure, pourvu cependant que cette épidémie ne survienne qu'assez longtemps après l'atteinte primitive.

On a remarqué aussi, pendant une épidémie de fièvre jaune, que pas un individu atteint d'abord de fièvre inflammatoire intense n'avait été pris de fièvre jaune ensuite. Mais on a vu aussi

de nombreux cas d'une première atteinte légère ou moyenne de fièvre inflammatoire suivie à huit, dix, quinze et vingt jours, d'une explosion mortelle ou non de typhus amaril.

On peut conclure de ce fait que le sujet court de grands dangers de contagion dans la salle de l'hôpital même où il est admis, au contact des malades de fièvre jaune et il découle logiquement de cela, comme le fait remarquer judicieusement M. Bérenger Féraud, que les atteintes légères et moyennes de fièvre jaune devraient être isolées des cas graves dans les hôpitaux, en temps de typhus amaril.

Ces faits m'ont frappé quand j'observais à la Guyane. Des individus atteints brusquement d'une manière assez franche mais très intense, présentaient des phénomènes très graves, mais guérissaient après un certain temps et relativement assez vite. D'autres présentaient au début des phénomènes de moyenne intensité ; après quelques hésitations de la part de la maladie, on voyait se dérouler des symptômes de la plus haute gravité. Il me semblait que l'air des salles et le contact des malades plus sérieusement affectés étaient la cause de l'explosion des phénomènes qui mettaient la vie des sujets en danger. Plusieurs entraient à l'hôpital pour des affections qui restaient légères pendant un certain temps ; ils succombaient quelquefois à la fièvre inflammatoire et même, on pouvait dire dans quelques cas, à la fièvre jaune.

On peut, d'après M. Bérenger Féraud, se faire l'idée suivante, touchant les chances d'immunité que l'on a vis-à-vis de la fièvre inflammatoire comme de la fièvre jaune. D'une part, il y a la fécondité plus ou moins active des germes morbides. D'autre part, il y a la réceptivité de l'individu. Chacune de ces deux gammes peut être envisagée comme une série de chiffres qui s'additionnent. Or, un individu, quel qu'il soit, présente-t-il à un moment donné la somme nécessaire à l'éclosion de la maladie, il est frappé ; reste-t-il au-dessous, il est indemne.

On peut dire, d'une manière générale, qu'une première atteinte confère une certaine immunité contre une nouvelle atteinte plus grave ou même contre une atteinte de fièvre jaune. C'est la règle, mais l'exception est fréquente. On voit assez souvent un sujet atteint une première fois au degré intense par la fièvre inflammatoire, être frappé de nouveau plus tard. On a

vu aux Antilles, en 1877, survenir une fièvre inflammatoire même au degré mortel, chez un religieux qui avait eu la fièvre jaune en 1869 et n'avait pas quitté le pays dans l'intervalle. Par contre, j'ai vu à la Guyane des hommes présenter la fièvre inflammatoire, un an ou dix-huit mois après avoir eu la fièvre jaune. Il y a dans ces récidives encore bien des inconnues ; on en trouve la cause principale dans l'intensité des germes qui entourent le sujet et sa réceptivité plus grande à un moment donné ; la cause déterminante se trouve dans les imprudences, les excès de toutes sortes.

### *Durée.*

La durée de la fièvre bilieuse inflammatoire est variable, suivant que l'atteinte a été plus ou moins intense et même dans chaque degré, suivant qu'il y a eu ou non des complications dans le cours de l'affection.

*Degré léger.* — On peut admettre que la fièvre inflammatoire entraîne, dans sa forme la plus bénigne, de dix à douze jours d'incapacité de travail pour les militaires qu'elle atteint. C'est le chiffre auquel est arrivé M. Bérenger Féraud, en analysant soixante-onze cas, pris au hasard dans le courant de l'épidémie de 1876, sans distinction des cas francs et des cas insidieux.

C'est bien, en effet, la moyenne que l'on peut donner, mais elle peut être encore au-dessous de la vérité. La période de fièvre ne dure que deux à trois jours et il faut cependant, au sujet, plus d'une grande semaine pour récupérer ses forces. L'appétit ne revient que très lentement ; les digestions sont difficiles ; une fatigue musculaire très marquée est le phénomène le plus saillant et aussi le plus constant.

On voit des hommes vigoureux, sobres, disciplinés, ayant grand désir de sortir de l'hôpital et être retenus par cet état de fatigue des membres inférieurs. Il est souvent très heureux que cette faiblesse des jambes les retienne quelques jours de plus à l'hôpital. Combien de fois n'ai-je pas vu des hommes revenir à peine leur sortie de l'hôpital, quand on les laissait sortir trop tôt.

En effet, il faut bien y faire attention et regarder de bien près pour s'apercevoir que les fonctions ne se font encore qu'incomplètement et qu'il faut peu de chose pour tout remettre en question.

Il y a des cas nombreux où, sans cause apparente, on voit la convalescence se prolonger pendant deux ou trois semaines avant que les forces ne soient entièrement revenues.

Aussi, frappé de ce fait de rechute, assez fréquent quand les hommes sortaient trop tôt de l'hôpital, je les maintenais en observation pendant un temps assez long. Je consultais souvent les urines, et quand je ne trouvais que deux ou trois grammes d'urée par litre, je pensais que la maladie n'était pas tout à fait finie, que les organes se ressentaient encore du coup qui les avait frappés et que le foie n'avait pas repris ses fonctions.

Parfois, malgré toutes mes précautions, donnant de la quinine ou n'en donnant pas, il était souvent impossible de prévenir un accès de fièvre, quand les urines avaient donné des quantités d'urée assez minimes ; et pourtant le malade mangeait et buvait assez bien ; il n'éprouvait souvent qu'un peu de faiblesse. Il faut dire que, si l'on ne pouvait pas prévenir et arrêter cette sorte de rechute, elle était très légère, quand elle était ainsi surveillée et se bornait souvent à un faible accès de fièvre. Quand, au contraire, les hommes étaient sortis, s'étaient exposés au soleil ou avaient commis des erreurs de régime, dans la pensée qu'un peu de quinine préviendrait tout accident, on les voyait revenir à l'hôpital souvent dans des états très graves.

Ainsi donc, il ne faut pas oublier, même dans les atteintes les plus légères de fièvre inflammatoire, que les organes ont été fortement impressionnés et que les fonctions ne reprennent leur essor que d'une manière très lente et très graduelle ; la moindre faute peut produire des accidents souvent mortels. La glande hépatique paraît spécialement atteinte ; le système nerveux lui-même est très impressionnable. La composition chimique des urines peut seule renseigner exactement et prévenir que tout danger est conjuré.

*Degré moyen.* — On peut mettre la moyenne de la durée de la maladie, dans le degré moyen, entre dix-huit et vingt jours, et ce chiffre ne sera pas encore trop faible.

Nous savons que la période fébrile dure de trois à cinq jours, mais la seconde période, qui est apyrétique ou entrecoupée de quelques accès de fièvre, est très longue.

La convalescence ne se fait que très lentement et les rechutes sont encore plus fréquentes que dans le dégré précédent.

Cette période peut encore être prolongée par des complications pulmonaires, abdominales et autres, mais indépendamment de ces causes, elle peut durer jusqu'à la quatrième semaine et même jusqu'à la cinquième. C'est la période d'incertitude ou de chances diverses; c'est la période que Vunderlich appelle, dans la fièvre typhoïde, la période amphibolique. Après un état de bien-être relatif, qui fait présager une issue très heureuse, on voit souvent survenir une ou plusieurs recrudescence de fièvre se prolongeant plusieurs jours.

On sent que l'organisme ébranlé, flottant entre le bien et le mal, est exposé à une aggravation ou des complications qui souvent ne surviennent pas, mais dont on entrevoit la proximité et que l'on peut considérer, avec juste raison, comme une éventualité possible.

Pour peu qu'une complication se présente, qu'un léger état typhoïde se manifeste ou qu'une indigestion se mette en travers de la guérison, on voit le sujet rester à l'hôpital pendant trente, quarante jours et plus.

Cette période est pleine d'imprévu et déjoue toutes les prévisions. Des décès inattendus déconcertent le praticien, qui, d'autres fois, assiste heureusement à de véritables résurrections.

On n'a rien, en effet, pour se guider, dans les phénomènes révélés par l'inspection; c'est seulement par une sage prévoyance et en analysant attentivement les urines que l'on peut se douter de ce qui va arriver de fâcheux ou tout au moins d'ennuyeux.

On peut dire que plus la maladie hésite à se déclarer, plus aussi elle a d'hésitation à disparaître. Quand la maladie a évolué franchement et avec une certaine intensité, elle disparaît souvent sans hésiter.

*Degré intense.* — Il est plus difficile de déterminer par un seul chiffre la durée moyenne de la maladie, pour le degré intense.

Il y a les cas qui guérissent simplement et les cas qui présentent des complications à un moment quelconque de leur évolution.

Dans la première catégorie, la fièvre dure cinq à six jours, puis la période de rémission et de convalescence se manifeste; on peut attribuer à cette seconde période une moyenne de quinze à vingt jours. Il faut bien, en effet, ce temps-là pour que l'on

puisse croire à une guérison complète. On peut donc dire que la durée moyenne des cas du troisième degré qui guérissent simplement est de vingt-cinq jours.

Dans les cas où une complication survient dans le cours de la maladie, la durée du séjour à l'hôpital et de l'incapacité de travail est de suite prolongée de plusieurs septénaires. Il est impossible d'en donner un chiffre, même approximatif, car il varie suivant le genre de complication, suivant les organes où se fait le processus et suivant les lésions qu'il a déterminées. On peut dire que les complications sont toujours très longues et qu'elles aggravent considérablement le pronostic.

Ce qu'il faut bien savoir et bien retenir, à propos de la durée, c'est qu'il ne suffit pas que la fièvre ait disparu depuis huit ou dix jours pour dire que la maladie est tout à fait terminée; malgré l'absence de fièvre et de tout phénomène important, elle continue son action sur l'organisme et se révèle à la moindre cause déterminante; on évitera de cette façon bien des mécomptes.

## *Terminaisons.*

La fièvre inflammatoire est une maladie qui se termine par la guérison dans la grande majorité des cas. Elle peut cependant entraîner la mort, par elle-même ou par les complications qu'elle détermine.

Il y a sous ce rapport des variations incroyables. On observe parfois des séries heureuses. A certains moments on a pu voir entrer quatre ou cinq cents malades atteints de cette fièvre inflammatoire sans en perdre un seul, tandis qu'à certaines autres époques la terminaison est plus funeste. Aussi cette explication doit rendre très réservé dans l'appréciation comparative des divers modes de traitement employés. Si dans une épidémie donnée, les efforts les plus habiles sont souvent déçus, c'est que le génie épidémique est plus puissant.

Dans d'autres cas, les malades guérissent toujours, quelle que soit la médication. En se reportant à l'histoire du Maroni, on en a un exemple frappant. On voit, pendant l'année 1878, un grand nombre d'entrées à l'hôpital et la mortalité presque nulle; pas un soldat n'est mort cette année-là au Maroni; on n'a éprouvé

aucune perte dans le personnel libre. Les années précédentes, au contraire, comptent une grande mortalité chez les soldats et dans le personnel libre. Ce ne sont point les moyens de traitement qui ont pu produire une telle différence. C'est le génie épidémique lui-même qui doit être mis en cause. Les maladies étaient moins sévères, parce que la cause qui les produisait était moins forte.

Quoi qu'il en soit, nous allons étudier d'abord la terminaison la plus fréquente et la plus heureuse, celle par la guérison.

La convalescence qui succède à court intervalle à la période fébrile, a pour caractère d'être très lente, eu égard à la durée et à l'intensité de cette période fébrile. Il est remarquable, en effet, de voir un état de fièvre qui a à peine dépassé les limites d'une fièvre éphémère, être suivi, pendant longtemps, d'un sentiment de lassitude et de fatigue générale.

La convalescence se prolonge souvent pendant un temps très long; les sujets restent affaiblis pendant de longues semaines avant de recouvrer leurs forces. Des malades restent sans appétit, d'autres sans sommeil; quelques-uns présentent facilement un état catarrhal des voies respiratoires, d'autres présentent des accès de fièvre, ou de la diarrhée, ou même de la dysentérie.

Certains sujets se remettent si péniblement et si lentement d'une atteinte de fièvre inflammatoire, qu'on doit souvent les renvoyer en France.

La convalescence se fait par degrés et non par crises.

Quand la mort survient, indépendamment de toute complication et par le fait même de la maladie, elle peut se produire de plusieurs manières. Tantôt les phénomènes cérébraux s'accentuent; le délire éclate, l'agitation est grande; le système nerveux est désemparé; la température atteint bientôt un chiffre très élevé. Les malades succombent dans ce cas à l'ataxie et à l'hyperthermie.

Tantôt, au contraire, les malades sont agités, mais ne présentent pas de délire; l'intelligence est assez nette; la température est modérée, quelquefois même elle baisse assez considérablement; c'est un véritable état de collapsus. C'est la forme adynamique, sans phénomènes de dépression bien marqués. On remarque, d'autres fois, une tendance aux hémorrhagies ou

tout au moins aux ecchymoses. Cette terminaison s'accompagne d'un certain état de dissolution du sang. Le système nerveux n'a pas été trop fortement excité, comme dans le premier cas, il a pour ainsi dire assisté à la scène sans se révolter, mais le sang a continué à s'altérer et il est arrivé un moment où il a été insuffisant à entretenir la vie.

Donc, deux principales terminaisons par la mort : la forme ataxique et la forme adynamique.

### *Rechutes.*

Les rechutes sont fréquentes dans la fièvre bilieuse inflammatoire. Leur fréquence est telle que plusieurs observateurs distingués ont vu dans ce fait le caractère principal de la maladie. Nous nous sommes efforcé de démontrer l'influence profonde de la cause morbide sur l'économie, le temps très long pendant lequel les organes restaient soumis à cette influence; aussi nous n'insisterons pas pour faire comprendre toutes les conditions qui peuvent prédisposer à la rechute.

Ce caractère, qui est commun à bien des maladies infectieuses, nous a paru insuffisant pour en faire une entité morbide spéciale.

Dans la fièvre typhoïde, la rechute est très fréquente. Après dix à douze jours de convalescence qui suivent une première attaque, la température s'élève encore et le malade est pris de frissons, suivis des symptômes ordinaires de la première attaque : céphalalgie, douleurs dans les membres, perte de l'appétit, langue chargée, nausées, vomissements, diarrhée, tuméfaction de la rate, nouvelle éruption de taches rosées. L'éruption paraît ordinairement plus tôt que dans la nouvelle attaque. Stewart, Trousseau, Wunderlich et Maclagan ont indiqué des cas de fièvre typhoïde dans lesquels il y eut une seconde rechute ou une troisième attaque.

Dans la fièvre bilieuse inflammatoire, les rechutes surviennent dans un temps variable après la première atteinte. Elles sont souvent occasionnées par des imprudences, mais quelquefois elles surviennent sans cause appréciable. Pour comprendre les rechutes qui ont lieu sans cause apparente, il faut se rappeler l'état des organes; la cause continue à agir sur eux et les

impressionne plus facilement. La faute en est souvent au milieu dans lequel vivent les malades. Combien de fois avons-nous vu des hommes ne pouvoir se rétablir dans un hôpital où l'air contient des germes de toutes sortes, quand dans de bonnes conditions d'aération, ils auraient pu se remettre. Si les organes se laissent plus facilement impressionner, c'est aussi que la cause n'a pas cessé.

Dans bien des cas cependant il faut faire entrer en ligne de compte une exposition au soleil, un écart de régime, une fatigue musculaire. On ne peut rien supporter pendant la convalescence.

Je vais donner un exemple de rechute qui m'a bien frappé, parce que je n'ai reconnu la maladie qu'au dernier moment. Je me trouvais au Maroni depuis un mois et demi et je n'étais pas encore fixé sur la maladie régnante.

### Observation XXIV.

*Fièvre bilieuse inflammatoire, avec rechute, suivie de mort.*

M^me^ Bonnet, âgée de 28 ans, femme d'un surveillant militaire, 10 ans de Guyane; est arrivée à la Guyane en 1867; elle s'est toujours très bien portée pendant son premier séjour. Partie pour France en avril 1874, elle est revenue dans la colonie en mai 1875.

Depuis son retour, elle habite le Maroni, mais elle est presque toujours restée à Sainte-Anne, qui est un point assez éloigné de Saint-Laurent. Depuis 3 mois, elle habite Saint-Maurice. N'a fait précédemment qu'une seule entrée à l'hôpital où elle n'est restée que quatre jours.

Elle est prise, le 10 août 1877, à 10 heures du matin, d'une violente céphalalgie, avec vomissements bilieux, douleurs en ceinture un peu plus marquées dans l'hypochondre gauche. Elle reste trois jours chez elle avec la fièvre qui est continue; la peau est chaude et sèche.

Elle entre à l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni, le 12 avril 1877. Les 13, 14 et 15 août, elle ne présente pas de fièvre; l'apyrexie est complète. Elle se lève et se promène dans la chambre. Cependant l'insomnie persiste, l'haleine est très forte; la sœur du service me disait que cette femme devait être malade; car elle sentait l'odeur de bile. Pendant ces trois jours, elle prend de la quinine, de la rhubarbe, du citrate de magnésie et du sirop de morphine. Elle avait des évacuations abondantes sous l'influence des purgatifs.

Le 15 août, elle demande à sortir avec instance. Elle sort le 16 sur sa demande réitérée. Elle se rend à pied, chez elle, à 3 kilomètres et au soleil.

Aussitôt, elle est reprise d'une fièvre très forte avec sécheresse de la peau. Elle est encore restée chez elle jusqu'au 19 août. Tous les jours, elle ressentait des frissons et de la fièvre.

Elle entre de nouveau à l'hôpital le 19. 8 heures du matin. T. 40,6. Violente céphalalgie, perte de connaissance, coma léger, peau chaude, brûlante et sèche. Vomissements bilieux très abondants. *Prescription :* Bouillon, albumineuse; citrate de magnésie; potion : quinine 1 gr. 50, sirop diacode 30 gr.; frictions au vinaigre et au citron.

4 heures du soir. T. 41. Pas de détente de la peau. Pas de douleur à l'épigastre à la pression, ni dans les hypochondres. Teinte jaune-citron des conjonctives; teinte pâle de la peau. Vomissements toujours fréquents; selles nombreuses, jaunâtres. On fait 3 injections hypodermiques, à la quinine.

20 août. 8 heures du matin. T. 39,6; pouls à 100. La peau est un peu moins chaude. L'intolérance de l'estomac augmente; rejette les aliments. Vomissements bilieux et aqueux. Selles grisâtres. *Prescription :* Bouillon, albumineuse; potion de Rivière; potion morphinée; 4 injections hypodermiques à la quinine; vésicatoire au creux de l'estomac.

4 heures du soir. T. 39,8; pouls à 100. Légère douleur dans l'hypochondre gauche. Les urines sont jaunes et contiennent de l'albumine en quantité considérable; 4 injections hypodermiques.

21 août. 8 heures du matin. T. 38,8; pouls à 100. Le coma est moins profond; la connaissance plus complète. L'intolérance de l'estomac persiste. *Prescription :* Bouillon, albumineuse; potion morphinée; lavement au musc; lavement de bouillon; injection à la quinine.

4 heures du soir. T. 39,6; pouls à 100, faible, mais régulier. A 8 heures du soir, en allant à la selle, a une syncope. Les vomissements sont noirs, fréquents. La respiration est régulière.

22 août. A 2 heures du matin, perte de connaissance. Vomissements noirs teignant en bistre le linge sur lequel ils sont projetés. Les selles sont peu abondantes, mais noires. La respiration est anxieuse; le pouls est petit, mais régulier; la température est à 40. Sueurs froides et profuses. A 7 heures du matin, même état; pouls filiforme; respiration bruyante; la température est à 40.

Le décès a lieu à 8 heures du matin. Après la mort, la température se maintient encore à 40 pendant trois quarts d'heures, puis descend à 39. La teinte jaune des conjonctives est très accusée et contraste un peu avec l'injection des vaisseaux de l'œil. Aussitôt après la mort, la teinte pâle des téguments fait place à une teinte jaune très prononcée qui s'étend lentement comme un voile depuis le front sur les autres parties du corps.

Autopsie faite 4 heures après la mort.

Teinte jaune très manifeste de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

Le foie n'est pas trop volumineux; à l'extérieur, est lisse et offre une teinte jaune. A la coupe, il est exsangue et présente la couleur café au lait caractéristique.

La rate est assez volumineuse, légèrement friable, mais à la coupe la boue splénique semble encore assez résistante et ne présente pas l'aspect de la bouillie. La rate ne cède pas quand on la comprime, elle est seulement légèrement congestionnée.

Le liquide bouilli avec 100 gr. de foie coupé en tranches minces donne une teinte jaune d'or.

Au microscope, le foie présente des gouttelettes de graisse en grand nombre dans les cellules hépatiques et autour des cellules. Les contours des cellules sont assez nets, ainsi que les noyaux et le protoplasma. Il semble exister une hyperplasie du tissu cellulaire surtout autour des veines-portes, ressemblant assez au début d'une cirrhose.

La vessie est vide et ratatinée.

J'ai suivi cette femme avec beaucoup d'attention. La voyant revenir dans le coma, après la fièvre qu'elle avait présentée avant sa première entrée à l'hôpital, je pensai naturellement à un accès pernicieux et je lui donnai force quinine. Rien na pu faire baisser la température et la maladie a évolué, en déjouant tous les efforts de la thérapeutique et du traitement spécifique.

Les derniers moments et les lésions constatées à l'autopsie m'ont mis sur la voie du diagnostic. Cependant on doit comprendre tout l'embarras que j'avais à porter le diagnostic fièvre jaune. C'était un des premiers cas que je constatais depuis mon arrivée au Maroni et mon prédécesseur avait signalé pendant son séjour une épidémie de fièvre à rechutes. C'était bien en effet une véritable rechute, puisqu'elle avait présenté une apyrexie complète pendant trois jours. En ne considérant que ce cas, on pouvait bien penser à la fièvre récurrente.

Malgré tout, je penchai pour la fièvre jaune et les faits que j'ai observés plus tard sont bien venus confirmer mon diagnostic. Toutefois, on ne peut faire accepter sans peine un pareil diagnostic qui jette toujours la consternation et déroute l'observateur qui ne reconnaît la fièvre jaune qu'à la rapidité de son évolution et à des caractères bien tranchés.

On est aussi bien embarrassé soi-même à formuler une telle opinion, quand on n'a par devers soi qu'un ou deux cas de cette nature. Aussi, maintenant que j'approfondis la question, je

maintiens mon diagnostic, mais je fais une restriction, en disant fièvre bilieuse inflammatoire. Que l'on ne croie pas que, parce que le nom est changé, mon opinion sur la nature de la maladie le soit aussi. Le nom que j'emploie aujourd'hui ne change rien à la chose; c'est toujours à la même maladie que l'on a affaire. Mais il indique mieux les cas isolés suivis de mort que l'on observe soit au commencement, soit à la fin, des périodes de calme que présentent parfois les épidémies de fièvre jaune.

Il est donc probable que cette femme a eu en premier lieu une atteinte de fièvre jaune légère ou plutôt de fièvre inflammatoire, qui se serait probablement terminée par une convalescence heureuse et peut être même assez rapide, si elle était restée dans de bonnes conditions hygiéniques. Ce qui prouve du reste qu'au moment de sa sortie de l'hôpital, tout n'était pas rentré dans l'ordre, c'est qu'elle ne mangeait pas, ne dormait pas, et avait des selles abondantes et fétides. Aussi en s'exposant au soleil pour retourner chez elle, au moment où les organes étaient encore frappés d'impuissance, il n'est pas étonnant qu'elle ait eu une rechute ou réversion, comme l'appelle Jaccoud, qui a marché d'une manière continue vers une terminaison fatale. Qu'on me permette de m'appesantir un moment sur un sujet qui est de la première importance. Si cette femme n'avait pas eu une rechute ou si même elle n'avait pas été suivie heure par heure dans ses derniers moments, on n'aurait jamais songé, avec les idées actuellement admises, à une fièvre jaune ni même à une fièvre inflammatoire, mais à une sorte de fièvre pernicieuse, d'origine paludéenne.

Une autre observation que je ne puis rapporter en entier, parce qu'elle entraînerait trop de longueur, mais qui prouve bien, à mon avis, l'influence du milieu sur les rechutes, est celle d'un militaire.

Au début, la maladie était si légère, qu'on pouvait penser qu'elle ne serait pas grave et qu'elle se terminerait bientôt. Après avoir présenté une fièvre peu intense pendant quelques jours, il entre en convalescence; l'apyrexie paraît complète et même la température oscille pendant cinq jours entre 36 et 37.

Vers le neuvième jour, on voit le chiffre de la température s'élever sensiblement et atteindre 38; le lendemain il était à 40.

La température descend ensuite graduellement pendant deux jours et le treizième jour, elle atteint 37, qu'elle touche à peine, pour osciller bientôt entre 37 et 38 pendant deux jours. Le quinzième jour, elle monte assez brusquement à 39,8 et se maintient entre 39 et 40 pendant trois jours. Le dix-neuvième jour, elle est à 38, mais elle oscille entre 38 et 39 pendant plus de dix jours. Ce n'est guère que le trente-deuxième jour qu'elle revient au chiffre 37, pour s'y maintenir d'une manière à peu près définitive.

Pendant ce temps, les symptômes généraux qui se déroulaient ont été de la plus grande gravité et la vie du malade a été terriblement menacée.

Pour ma part, je ne suis disposé à ne voir dans la gravité des symptômes qui se sont déroulés plus tard, après une apparence de convalescence, que le simple effet de la continuité du poison sur un organisme qui était déja atteint ou dont les fonctions étaient tout au moins dérangées.

Cet homme était entré à l'hôpital, pour fièvre éphémère, quand un soldat est mort avec des symptômes assez évidents de fièvre jaune; il a été placé à côté du lit où était mort son camarade. C'est à ce fait que j'attribue tout ce qui est arrivé.

J'ai assisté, pour ainsi dire, à l'empoisonnement lent mais continu de ce malade, et ce n'est qu'après l'avoir fait changer de salle que les phénomènes se sont amendés, mais alors l'intoxication était profonde et nous avons vu la vie du malade sérieusement compromise. Nous avons assisté à la lutte de l'organisme contre le poison, pendant plus de deux mois.

Nous avons observé dans ce cas des variations considérables de l'urée, ce qui donne encore une idée plus nette des périodes d'inaction et d'activité des organes uropoïetiques. L'urée diminue, au moment où les rechutes vont commencer; elle tombe à 9 gr. par litre, le jour même où la température s'élève, dans deux rechutes; on en aura une idée plus exacte par le tableau suivant, qui montre bien que la quantité d'urée éliminée n'est pas en rapport avec le degré de température, mais avec l'état de fonctionnement des organes.

TABLEAU DE LA TEMPÉRATURE ET DE L'URÉE

DANS UN CAS DE RECHUTE.

| JOURS de la maladie | TEMPÉRATURE matin. | TEMPÉRATURE soir. | QUANTITÉ DES URINES par 24 heures. | QUANTITÉ DE L'URÉE par 24 h. | OBSERVATIONS. |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | 37.6 | 38.4 | | | |
| 4 | 37.6 | 37.8 | | | |
| 5 | 37.8 | 37.8 | | | |
| 6 | 36.6 | 36.8 | | | |
| 7 | 36.6 | 36.8 | 400 gr. | | |
| 8 | 36.4 | 36.8 | 600 | gr. | |
| 9 | 36.4 | 37 | 1 litre. | 9.50 | Première rechute. |
| 10 | 38.8 | 40 | 1 litre. | 10.86 | Pas d'albumine. |
| 11 | 39.6 | 39.2 | 1200 gr. | 15.74 | Alb. en faible quantité |
| 12 | 37.2 | 37.6 | 1 litre. | 28.97 | Pas d'abumine. |
| 13 | 37.2 | 38.2 | 1600 gr. | 19.45 | Alb. en faible quantité |
| 14 | 37 | 38 | 1 litre. | 9.46 | Un peu d'albumine. |
| 15 | 36.8 | 38.2 | 1500 gr. | » | Seconde rechute, |
| 16 | 38.8 | 40 | 1300 | » | Beaucoup d'albumine. |
| 17 | 39.6 | 40.4 | 700 | » | Albumine. |
| 18 | 39.2 | 29.4 | 700 | 11.23 | Beaucoup d'albumine. |
| 19 | 38 | 38.6 | 700 | » | Albumine. |
| 20 | 38.2 | 38,8 | 650 | 24.34 | Albumine, |
| 21 | 38.6 | 38.8 | 600 | 17.80 | Albumine. |
| 22 | 38.2 | 38.8 | 600 | 9.50 | Albumine. |
| 23 | 38.4 | 39.2 | 1200 | 19.20 | Traces d'albumine. |
| 24 | 39 | 39.4 | 2200 | 41.80 | Pas d'albumine. |
| 25 | 38.4 | 38.4 | 1800 | 38.80 | Traces d'albumine. |
| 26 | 38.4 | 39 | 700 | » | Pas d'albumine. |
| 27 | 38.2 | 39 | 1600 | » | Pas d'albumine. |
| 28 | 38.2 | 39 | 1500 | » | Pas d'albumine. |
| 29 | 38.4 | 38.2 | 2 litres. | » | Pas d'albumine. |
| 30 | 38 | 38 | 2 litres. | 21.60 | Id. |
| 31 | 37.2 | 37.6 | 1200 gr. | » | Id. |
| 32 | 37.2 | 37.4 | 1800 | 9.72 | Id, |
| 33 | 36.8 | 37.4 | 1200 | 8.12 | Id. |
| 34 | 37 | 38 | 2 k. 200 | 11.92 | Id. |
| 35 | 37.2 | 37.2 | 2 " 400 | 11.92 | Id. |
| 36 | 37 | 37.4 | 2 200 | 17.82 | Id. |
| 37 | 37.2 | 37.4 | 2 200 | » | Id. |
| 38 | 37 | 37.4 | 2 litres. | 24.20 | Id. |
| 39 | 37 | 37.4 | » | » | Id. |
| 40 | 37 | 37.4 | 2 litres. | » | Id. |
| 41 | 37 | 37.2 | 2 litres. | » | Id. |
| 42 | 36.8 | 37.2 | 1200 gr. | 13.20 | Id. |
| 43 | 36.8 | 37.2 | 1800 | » | Id. |
| 44 | 36.8 | 37,2 | 1800 | 19.00 | Id. |

Les variations considérables de l'urée, les variations même de l'albumine donnent une idée du fonctionnement des organes et de l'état du sang.

Les boutons, les furoncles, les éruptions de toutes sortes, les

adénites qu'on a observées, prouvent encore qu'il y avait là un principe infectieux. On ne peut s'empêcher de voir dans ce cas la caractéristique de l'affection : l'altération profonde du sang qui le rend impropre à l'entretien de la vie régulière. Il n'est donc pas étonnant que cette maladie ait le triste privilège d'affaiblir tellement le sujet qu'un temps quelconque de la convalescence est très long et que la santé n'arrive que peu à peu, quand surtout le milieu dans lequel on se trouve ne contient pas un air parfaitement pur.

Dans ce cas particulier, nous avons dû assister à deux réversions ayant succédé à un atteinte légère et dues au milieu infesté dans lequel se trouvait le malade.

Pour montrer aussi que les rechutes peuvent tenir à des causes accessoires et banales, je dois dire deux mots d'un cas observé également au Maroni, mais à une époque toute différente du premier. Quand le cas que je vais rapporter a été observé, on n'avait pas vu de fièvre jaune depuis près d'un an; c'est celui d'un sergent d'infanterie de marine qui avait fait une première entrée à l'hôpital pour fièvre inflammatoire de moyenne intensité. Il était sorti de l'hôpital le 21 septembre 1878, huit jours environ après la cessation de la fièvre; il ne se plaignait de rien, l'appétit était assez bien revenu et la convalescence paraissait assurée. Dès le 27 septembre, il s'était trouvé indisposé et avait éprouvé un accès de fièvre. Il avait voulu continuer son service et avait pris la garde. Le 29, après déjeuner, a été pris d'un violent accès de fièvre, avec délire et divagations; les conjonctives sont jaunes; oppression et grand mal de tête. Il rentre à l'hôpital dans la soirée, on lui administre un ipéca qui lui fait rendre son déjeuner qui n'était pas encore digéré. Pendant trois jours, il présente de la fièvre, un peu de délire par moments, de l'agitation, de l'insomnie, une légère teinte subictérique de la face et enfin tout disparaît avec quelques purgatifs, sans quinine.

Ainsi la rechute est un accident fréquent qui tient à la manière dont l'agent morbide a impressionné l'organisme, au milieu dans lequel se trouve placé le malade, et aussi aux erreurs de régime et aux imprudences qu'il peut commettre.

*Complications.*

Les complications de la fièvre bilieuse inflammatoire sont nombreuses et communes, mais souvent elles sont considérées comme des affections sporadiques, parce qu'on perd de vue la maladie première, quand surtout elles surviennent un certain temps après la fièvre. D'autres fois, quand elles se manifestent dans le cours même de la période fébrile, elles ne sont pas toujours rapportées à la fièvre inflammatoire, et on regarde souvent la fièvre comme la conséquence de l'inflammation qui existe sur un organe, au lieu de la considérer comme la cause initiale. On ne sait pas assez que la fièvre inflammatoire peut produire une telle altération du sang et une telle congestion du côté de certains organes, qu'elle entraîne à sa suite une série d'accidents plus ou moins redoutables.

Ces complications sont prochaines ou éloignées, c'est-à-dire qu'elles ont lieu en même temps que la maladie première ou bien qu'elles se montrent à une distance plus ou moins lointaine. Elles sont encore générales ou locales, si l'on tient compte des localisations qui se produisent sur certains organes ou de l'état général du liquide sanguin. Par le fait de l'altération chimique ou physique qu'il a subie, il n'est plus apte à nourrir les différents tissus. Il peut transporter avec lui des principes irritants ou septiques, produits des décompositions incomplètes opérées au sein de l'organisme, à la suite de l'action du poison.

Ces divisions sont encore tout à fait arbitraires, car tous ces phénomènes proviennent de l'altération du sang ; les localisations qui se produisent ne sont que des accidents qui en dérivent. De plus, certaines complications tiennent souvent de l'état du sang et de l'état des organes. Ainsi, les complications typhoïdes résultent aussi bien de l'hypérémie passive, qui s'est produite sur la muqueuse intestinale, que de la composition des parties liquides provenant du sang ou des humeurs et qui viennent tous les jours l'irriter.

Cependant, pour mettre un peu d'ordre dans notre description, nous admettrons cette seconde division des complications, en générales et locales. Dans la première, nous rangerons l'anémie et la fièvre intermittente, dans la seconde, nous ferons en-

trer les complications qui se produisent sur les centres nerveux, les organes thoraciques, les organes abdominaux et les différents tissus.

*Anémie.*

C'est la complication la plus fréquente et aussi la plus irrécusable de la fièvre inflammatoire. Elle tient à la déglobulisation rapide qui s'est opérée pendant la première période, et aussi à l'état des organes hématopoiétiques qui sont pendant longtemps dans l'impuissance de rénover les principes constituants du sang. Peut-être même, mais ce n'est là qu'une pure hypothèse et qu'une vue de l'esprit qui pourtant paraît en concordance avec les faits, le sang conserve-t-il pendant longtemps sur une de ses parties essentielles la cause morbifique qui de temps en temps se réveille pour détruire ce qui a été produit.

L'anémie se manifeste par une faiblesse générale, une teinte pâle de la peau, des diarrhées, du dégoût pour les aliments, de l'insouciance et de la paresse intellectuelle. On éprouve du malaise, des vertiges, des bourdonnements d'oreille. Les muqueuses sont pâles, exsangues, le pouls conserve une certaine lenteur, quelquefois le soir il augmente de vitesse.

Chez les enfants, on observe une perversion du goût; il est fréquent de voir ces malheureux enfants de Transportés manger de la terre et du sable. Je ne doute pas, pour ma part, qu'il faille souvent en rechercher la cause dans l'anémie qui succède à la fièvre inflammatoire. Il faut cependant, dans bien des cas, tenir compte de certaines conditions, telles que l'influence du climat qui continue quand même et toujours son action débilitante sur ces faibles organisations, la mauvaise alimentation peu réparatrice et l'absence de chaux dans certaines eaux de la Guyane, celles du Maroni en particulier, comme l'a fait prévaloir M. Maurel ; mais la cause première, celle qui a placé ces enfants dans un état qui ne leur permet plus de résister aux influences extérieures, est souvent la fièvre inflammatoire.

Aussi je suis entraîné à parler d'une maladie dont la cause n'est pas encore connue. C'est le mal-cœur ou mal d'estomac des nègres, affection observée pour la première fois aux Antilles françaises par le Père Labat, et décrite par Pouppée Desportes.

On remarquait surtout le penchant irrésistible qui portait les malades à ingérer les substances les plus réfractaires à l'action du tube digestif, telles que le plâtre, la craie, les cendres de tabac, la terre de pipe.

On avait d'abord considéré cette maladie comme une névrose particulière de l'estomac, comme une forme d'anémie déterminée par les privations, les fatigues, les passions morales dépressives, une alimentation vicieuse ou insuffisante. Griesinger eut l'occasion de faire l'autopsie d'un sujet mort de chlorose égyptienne ou mal-cœur, et trouva l'intestin grêle rempli de sang et couvert d'innombrables taches ecchymotiques auquelles adhérait une quantité considérable de petits vers, qu'il reconnut appartenir à cette espèce de nématoïdes découverts par Dubini, à Milan, en 1838, et décrits sous le nom d'ankylostome duodénal. Il attribua la chlorose égyptienne à cet entozoaire. M. Grenet, médecin de la marine, trouva en 1866, à Mayotte, l'ankylostome duodénal dans l'intestin d'un noir atteint de cachexie africaine. Riou Kérangal signalait à la Guyane la présence de ces helminthes dans le tube digestif de sujets morts d'anémie.

Nous avons souvent constaté aussi à la Guyane la présence de l'ankylostome non seulement dans le duodénum, mais dans tout l'intestin ; nous l'avons rencontré non seulement chez des individus anémiés, mais chez des hommes assez robustes succombant à une maladie rapide. Aussi, nous n'en faisons point la caractéristique de l'affection ; ou tout au moins nous n'en voyons pas la cause, mais bien l'effet.

Etant allé avec M. Lalande, pharmacien de la marine, visiter l'Ile Portale, où se trouve l'établissement agricole de M. Bar, au Maroni, nous avons eu l'occasion de voir des sujets atteints de mal-cœur. M. Bar m'avait prié de venir voir un de ses hommes atteint d'une fièvre qui l'inquiétait, à cause de certains caractères typhoïdes. Je trouvai le malade atteint de fièvre inflammatoire : agitation, albumine dans les reins, teinte ictérique des conjonctives. C'est à cette occasion que nous pûmes, M. Lalande et moi, faire l'analyse du sang des hommes atteints de mal-cœur.

Chez une femme atteinte de cette affection à un degré avancé, nous avons trouvé 900,000 globules par millimètre cube ; le

sang était pâle comme de l'eau. Cette femme était très pâle, ne présentait pas d'infiltration, mais elle avait du dégoût pour les aliments et une perversion du goût. Chez un homme qui entrait en convalescence et qui commençait à reprendre ses forces et à recouvrer son appétit, nous avons trouvé 1,100,000 globules.

Ainsi, il peut se faire que le mal-cœur ne soit qu'une aglobulie se développant à la suite de la fièvre inflammatoire ou d'une maladie analogue. Cette anémie serait entretenue par l'inactivité des organes hématopoïétiques ; l'ankylostome ne serait qu'une conséquence de cet état et se développerait dans les intestins des sujets ainsi atteints.

Au risque d'être accusé d'exagération, je me hasarde à dire tout ce que je pense, me basant sur l'induction et les faits observés.

### *Fièvre intermittente.*

La coexistence de l'impaludation dans la fièvre inflammatoire est la question la plus difficile à résoudre. Cependant nous ne pouvons nous soustraire à l'obligation d'examiner la part qui lui revient dans les phénomènes qui se déroulent quelquefois dans le cours de la maladie qui nous occupe, aussi bien avant l'établissement de la fièvre que pendant la convalescence.

Nous avons déjà dit plusieurs fois que la marche de la fièvre inflammatoire pouvait se présenter avec des rémissions si complètes, qu'on pouvait croire à une marche intermittente; mais nous avons fait remarquer que, si la température revenait à 37° à un moment quelconque de la journée, la maladie n'en continuait pas moins sa marche, malgré la quinine, pendant un temps déterminé, trois jours par exemple ; qu'en somme on pouvait bien ne voir dans ce fait qu'une différence de degré.

Les phénomènes généraux ne s'amendent pas, malgré la chute de la fièvre, et on peut bien supposer une maladie suivant son cours, tout en présentant des oscillation plus accentuées dans la température.

D'un côté, nous avons établi souvent que des accès de fièvre pouvaient se présenter tous les huit ou quinze jours, d'une manière plus ou moins irrégulière, sans qu'il soit possible de les prévenir et de les enrayer avec la quinine ; nous avons émis

l'opinion que ce n'était peut-être que l'indice d'une réaction de l'organisme contre le poison qui pouvait rester, contre l'épine qui cherchait à se faire jour.

Cependant, il faut bien tenir compte, dans une certaine mesure, du paludisme. Pour ne pas nous égarer dans ce dédale encore inconnu des affections paludéennes, nous ne nous occuperons que de la fièvre intermittente, qui en est l'expression la plus vraie et la moins discutée.

Un caractère de premier ordre sépare la fièvre inflammatoire des fièvres paludéennes, c'est la contagiosité. La pierre de touche est le traitement; la quinine guérit la fièvre intermittente paludéenne et est inefficace dans la fièvre inflammatoire. Au point de vue des causes, les fièvres paludéennes, comme le dit M. Jules Rochard, apparaissent partout où des débris végétaux se décomposent dans des eaux stagnantes sous une température élevée. La fièvre inflammatoire est probablement produite, comme la dysentérie, par des émanations animales.

Quelle est la part qui revient à l'une ou à l'autre dans l'enchevêtrement des symptômes que l'on observe? C'est bien encore difficile à démêler. Cependant, nous pensons qu'il peut exister une complication intermittente de nature franchement paludéenne; mais, à notre avis, elle est moindre qu'on ne le croit généralement, car souvent les accès intermittents irréguliers peuvent être considérés comme une fusion pathologique ayant sa genèse dans une cause identique.

Quand la complication paludéenne existe réellement, on ne peut se baser ni sur le frisson, ni sur la chaleur, ni sur les sueurs, pour admettre la coexistence de l'impaludation dans la fièvre inflammatoire. On est obligé de se baser sur les commémoratifs et de voir si le sujet a eu antérieurement des atteintes de paludisme ou bien s'il a habité un pays véritablement marécageux. Nous pensons que le dosage de l'urée pourra mettre sur la voie.

Le traitement dit spécifique pour les fièvres paludéennes donne souvent des résultats négatifs au point de vue de la question que nous agitons. Si l'on suppose apercevoir un phénomène que l'on pense devoir rattacher au paludisme, on donne une dose de sulfate de quinine, et on voit souvent se produire les phénomènes réactionnels ou physiologiques du sel fébrifuge.

Ces faits singuliers ont frappé avant moi mon affectionné maître, M. Bérenger Feraud, si compétent dans l'étude de la malaria. Il a vu aux Antilles une atteinte, qui ne paraissait devoir inspirer aucune inquiétude, se transformer tout à coup en un accès pernicieux algide des plus graves, par deux grammes de quinine. Il rapporte à cet égard deux cas bien intéressants que je reproduis, car j'en ai vu de semblables à la Guyane.

« C'est un jeune créole, arrivant d'Europe après plusieurs années de séjour. Trop confiant dans son immunité vis-à-vis de la maladie, il court au soleil, fait des excès de femme et de boisson, et présente, quelques semaines après son débarquement, une atteinte de fièvre inflammatoire intense. Une, deux doses de fébrifuge sont données sans produire aucune amélioration, et malgré les supplications du malheureux qui disait à ses parents : la quinine que vous me donnez me brise la tête, on lui en fait prendre 3,50 dans une seule journée. Il tomba aussitôt dans un état de collapsus qui se termina par la mort, moins de dix-huit heures après.

« C'est une pauvre femme qui, sortie des rangs de la société, avait conquis une position de fortune enviable. Elle est prise de la fièvre inflammatoire à un degré qui n'avait rien d'inquiétant d'abord ; mais l'ipéca et la quinine à outrance eurent raison de cette malheureuse en quelques jours, alors que par un traitement moins incendiaire il y aurait eu mille chances de guérison pour une. »

Nous partageons complètement l'avis de M. le médecin en chef Bérenger Féraud, et nous avons, à notre avoir, plus d'un fait pour appuyer cette opinion. Il faut donc être bien convaincu que les accès fébriles que l'on voit souvent dans les fièvres inflammatoires, et qui affectent tantot la forme franchement intermittente, tantot les allures rémittentes ou subintrantes, ne sont pas toujours de nature paludéenne. Quand on soupçonne le paludisme par la régularité des accès, il faut se servir de la qninine, mais il faut la manier avec beaucoup de circonspection et de ménagement, car trop souvent dans la maladie qui nous occupe elle fait plus de mal que de bien.

Toutefois, nous ne voudrions pas être accusé de proscrire la quinine, qui est un médicament précieux, quand il est administré à propos. Il faudra se baser sur les symptômes généraux

et des accès intermittents, avec des intervalles apyrétiques se trouveront très bien de la quinine à dose modérée.

*Complications se rapportant au système nerveux.*

Les phénomènes cérébraux sont presque toujours indépendants de l'inflammation. On voit souvent survenir des cas de mort avec des phénomènes ataxiques très marqués, et on est surpris de ne pas rencontrer la moindre inflammation des méninges ; il y a tout au plus un peu de congestion.

L'insolation qui précède souvent le développement de la maladie contribue pour beaucoup à augmenter l'intensité de ces phénomènes ; la céphalalgie est plus accentuée, le délire se montre plus vite et plus facilement. Elle agit probablement d'une manière fâcheuse en augmentant la congestion veineuse du système encéphalique. On accuse beaucoup le soleil, dans les pays chauds, comme cause de maladie, je crois qu'il a, en effet, une influence désastreuse comme cause déterminante de la maladie dont on couve le germe ; c'est une cause aggravante. Il est à remarquer qu'on supporte beacoup moins le soleil en temps d'épidémie, de fièvre jaune, qu'en temps ordinaire. Quand on est influencé par le génie épidémique, le soleil fatigue beaucoup plus que lorsqu'on est à l'état normal.

On observe quelquefois, à la suite de la fièvre bilieuse inflammatoire, des névralgies qui siègent en différents points du corps; la névralgie sciatique m'a paru fréquente. On observe des tremblements musculaires.

La paralysie s'observe quelquefois, mais plus rarement ; quand elle se présente, c'est souvent sous forme de paraplégie.

Il n'est pas inutile, je crois, de faire un peu de pathologie comparée, car pour élucider une question encore si obscure les preuves ne seront jamais trop abondantes. En même temps que règnent des fièvres bilieuses inflammatoires, et surtout la fièvre jaune, tant au Maroni qu'à Cayenne, l'on voit la plupart des chiens maladifs. Pendant plusieurs jours, ils présentent des vomissements, ils ont l'œil terne, ils sont caduques, se refusent à prendre de la nourriture ; ils sont, en un mot, véritablement malades. Quand ils commencent à se rétablir, au bout de huit ou quinze jours, on remarque chez beaucoup d'entre eux de la

paraplégie ; le train postérieur est paralysé. J'ai vu à Cayenne un de ces chiens, qu'on venait d'amener de France, mourir après quelques jours de maladie, avec la teinte jaune des yeux, des vomissements noirs ; le foie était café au lait. C'était un chien d'une très grande taille et ce fait se passait à un moment où la fièvre jaune ne régnait pas. Un de nos collègues, qui demeurait près de l'endroit où était mort cet animal, et qui l'avait vu mourir, fut pris, quelques jours après, d'une fièvre assez violente pendant plus de trois jours, à la suite de laquelle il fut très anémié. Il est donc naturel de penser à une fièvre inflammatoire qui se serait développée sur cet animal. Ceux qui guérissaient présentaient la paraplégie que je signale. Au Maroni, pendant les épidémies de fièvre jaune et de fièvre inflammatoire, la plupart des chiens mouraient ou présentaient les symptômes que nous venons d'énumérer.

Il n'est donc pas impossible que cette maladie entraîne après elle certaines lésions du système nerveux ; mais nos hypothèses qui pourtant sont basées en partie sur des faits positifs, s'arrêteront là pour le moment. Ces hypothèses ne peuvent être contrôlées que par l'anatomie pathologique, mais le fait clinique est acquis. Il faudra rechercher avec soin les lésions médullaires et voir en même temps si les cellules motrices des cornes antérieures ne peuvent pas être altérées à la longue, à la suite de cette maladie; ce qui expliquerait le béribéri que l'on observe assez souvent à la Guyane.

Après des cas graves et prolongés, on observe parfois un certain degré d'imbécillité. Le malade manque de mémoire et est sujet aux hallucinations. J'ai vu dans un cas ou deux, des malades, après l'établissement complet de la convalescence, être saisis brusquement d'un délire maniaque violent. L'un d'eux avait la manie du suicide ; il est vrai qu'il y avait aussi chez lui de l'alcoolisme. Ces symptômes proviennent peut-être d'un état anémique du cerveau.

Ce qu'il y a de bien certain, c'est que le sommeil demeure longtemps troublé, que la mémoire est affaiblie. Quelques malades conservent de la pesanteur ou des douleurs sourdes à la tête ; d'autres une grande disposition au vertige. Des spasmes nerveux ; des irritations particulières continuent à fatiguer et à poursuivre certains malades. Beaucoup de personnes conser-

vent longtemps une disposition au tremblement des membres, à l'agitation, à de certaines terreurs involontaires et non raisonnées, quelquefois un peu de surdité et de faiblesse de la vue.

*Complications thoraciques.*

1. La bronchite n'est pas rare dans le cours de la fièvre inflammatoire ; souvent même quand l'affection est légère et qu'il règne une constitution catarrhale, elle fait tout le fond de la maladie.

2. La pleurésie est assez fréquente ; c'est une pleurésie plastique, on trouve des dépôts fibrineux ou gélatineux sur la surface des poumons, faisant adhérer les deux plèvres. Quand elle s'accompagne de liquide, celui-ci est rouge sale ou légèrement louche, parfois purulent.

3. La pneumonie est très commune. Elle est souvent lobulaire ; c'est plutôt une broncho-pneumonie. Sa marche n'est pas franche ; les signes stéthoscopiques manquent souvent. On dirait souvent, à l'autopsie, de véritables infarctus qui se seraient produits sur différents points des poumons.

## Observation XXV.

*Fièvre inflammatoire compliquée de broncho-pneumonie.*

Virapin, immigrant hindou, 4 ans de Guyane, entre à l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni, le 7 octobre 1877, pour fracture du bras. Il se trouve depuis 3 ans dans les placers du Haut-Maroni ; c'est la première fois qu'il vient à l'hôpital ; dit n'avoir jamais été malade.

Homme fort, vigoureux ; apparence de santé magnifique ; grand mangeur. Il reste à l'hôpital plusieurs jours, sans rien présenter de spécial. Mais à cette époque j'observais des cas de fièvre jaune sur des Arabes et des coolies.

Le 15 octobre, vers midi, il est pris d'accès de fièvre, avec frisson violent. Vomissements bilieux. Soif très vive, mal dans les reins et dans les jointures. Epigastralgie. Peau très chaude. 8 heures du soir. T. 40.

16 octobre. 8 heures du matin. T. 40; pouls à 100; respiration accélérée, à 48. Se plaint d'oppression ; peau très chaude et sèche ; grande agitation. Midi. T. 39,4.

4 heures du soir. T. 39; pouls à 100; respiration gênée, irrégulière, inégale, précipitée, impossible à compter. Les yeux sont injectés et pré-

sentent déjà une teinte légèment jaune ; les pupiles sont dilatées. La langue est blanche. Douleur à l'épigastre ; vomit tout ce qu'il prend. Soubresauts, horripilations. Insomnie et oppression. Les urines sont colorées et offrent un anneau albumineux. 8 heures du soir. T. 38,4.

17 octobre. 4 heures du matin. T. 37,6. 8 heures du matin. T. 37,8 ; pouls à 90 ; respiration à 20, très calme. La langue est sèche, un peu rouge sur les bords ; pas de vomissements. Les conjonctives sont jaunes. Traces d'albumine dans les urines. 4 heures du soir. T. 38,4. 8 heures du soir. T. 39.

18 octobre. 4 heures du matin. T. 39,2. 8 heures du matin. T. 39 ; pouls à 90 ; respiration à 20. Selles grises, abondantes, mousseuses. N'accuse pas de douleur. Les conjonctives sont très jaunes. La langue est belle Urines abondantes. *Prescription :* Chocolat, bouillon, vineuse ; potion aconit et digitale ; potion : quinine 1 gr., sirop diacode 30 gr. Midi. T. 39,4. 4 heures du soir. T. 39. 8 heures du soir. T. 38,4.

19 octobre. 4 heures du matin. T. 37,6. 8 heures du matin. T. 37,6 ; pouls à 76 ; respiration à 22. N'accuse aucune douleur ; demande à manger. Selles jaunâtres, liquides. Urines albumineuses. Midi. T. 37,4. 4 heures du soir. T. 37,4 ; pouls à 72, fort, régulier ; respiration à 20. 8 heures du soir. T. 37. Minuit. T. 37.

20 octobre. 4 heures du matin. T. 37. 8 heures du matin. T. 37 ; pouls à 68 ; respiration à 20, régulière. Les yeux sont jaunes ; la langue est sèche ; la peau est bonne, les urines sont abondantes et contiennent de l'albumine en notable quantité. Midi. T. 37. 4 heures du soir. T. 36,6 ; pouls à 76 ; respiration à 20. 8 heures du soir. T. 37.

21 octobre. 4 heures du matin. T. 37. 8 heures du matin. T. 36,6 ; pouls à 68 ; respiration à 20. L'état général est bon ; les urines sont abondantes et contiennent de l'albumine. Midi. T. 36,6. 4 heures du soir. T. 36,6 ; pouls à 72. 8 heures du soir. T. 36,8. *Prescription :* Chocolat, quart de tout ; albumineuse ; potion tonique.

22 octobre. 8 heures du matin. T. 36,6 ; pouls à 68. 4 heures du soir T. 37.

23 octobre. 8 heures du matin. T. 36,8 ; pouls à 64. 4 heures du soir. T. 37 ; pouls à 72.

24 octobre. 8 heures du matin. T. 37,4 ; pouls à 76. Les yeux sont jaunes ; les selles sont abondantes ; l'albumine persiste dans les urines. 4 heures du soir. T. 37,6 ; pouls à 72. *Prescription :* Chocolat, demie de tout ; potion tonique.

25 octobre. 8 heures du matin. T. 37 ; pouls à 76. Il existe encore un peu d'albumine dans les urines. 4 heures du soir. T. 37 ; pouls à 72.

26 octobre. 8 heures du matin. T. 37 ; pouls à 72. Traces d'albumine dans les urines. 4 heures du soir. T. 37.

27 octobre. 8 heures du matin. T. 36,8; pouls à 76. Légères traces d'albumine colorée en rose. 4 heures du soir. T. 37,2.

28 octobre. 8 heures du matin. T. 37,2. Traces d'albumine colorée en rose. 4 heures du soir. T. 37,4.

29 octobre. 8 heures du matin. T. 37,2. Encore un peu d'albumine. 4 heures du soir. T. 37,6.

30 octobre. Ce matin, vers 6 heures et demie, après avoir pris son chocolat, a été pris d'un violent frisson, ayant duré un quart d'heure. Hier soir, il avait mangé les trois quarts, plus une ration de pain qu'il avait volée à un de ses camarades. 8 heures du matin. T. 40; pouls à 112, mou; respiration à 18, accélérée. Peau sèche. Il se plaint d'une grande oppression; douleur à l'épigastre; frottement pleural et râles ronflants s'entendant à distance. Se plaint d'une douleur du côté de la poitrine.

Midi. T. 40,8. 4 heures du soir. T. 40; pouls à 104; respiration à 40. Selles abondantes, grises, mousseuses. Vomissements de matières alimentaires prises la veille et non encore digérées. Soif vive. Douleurs à la tête, dans les jambes et à l'estomac. Toux avec crachats, albumine dans les urines. 8 heures du soir. T. 39.

31 octobre. 4 heures du matin. T. 40,8. 8 heures du matin. T. 40,4; pouls à 100, assez plein. Hier soir, les urines contenaient de l'albumine avec 12 gr. 12 d'urée par litre. Les selles sont copieuses, grises et fétides. Il existe de l'oppression. Les conjonctives sont jaunes; la langue est blanche. Insomnie; agitation; soif très vive; douleurs dans les articulations. Le ventre est sensible, météorisé. Les urines contiennent de l'albumine; 16 gr. 20 d'urée par litre et 8 gr. 48 pour 400 gr. d'urine émise.

Midi. T. 40,4. 4 heures du soir. T. 40; pouls à 100; respiration assez régulière à 24. Céphalalgie très forte; brûlure à l'estomac. 8 heures du soir. T. 39.

1er novembre. 4 heures du matin. T. 40,2. 8 heures du matin. T. 40,6 pouls à 104, dépressible; respiration à 20, régulière, oppression et douleurs très fortes dans le côté droit de la poitrine; râles sous-crépitants dans le poumon droit; pas de crachats, toux fréquente et sèche, 800 gr. d'urine depuis hier matin; albumine et 16 gr. 20 d'urée par litre. Midi. T. 40,8. 4 heures du soir. T. 40,2; pouls à 108; respiration à 24.

2 novembre. 8 heures du matin. T. 39,8; pouls à 116, mou, dépressible; respiration à 32, régulière. La première moitié de la nuit a été mauvaise; oppression; douleurs dans les deux hypochondres; céphalalgie violente vomissements jaunâtres; selles grises, un peu de diarrhée. Urines abondantes, 1200 gr., contenant de l'albumine et 8 gr. 10 d'urée par litre Midi. T. 40,4; 4 heures du soir. T. 40,2. 8 heures du soir. T. 40,2.

3 novembre. 4 heures du matin. T. 40. 8 heures du matin. T. 40; pouls à 120; respiration régulière à 36. La peau est brûlante et un peu moite

transpiration par moments, grande oppression, agitation. La langue est sèche, rôtie. Les selles sont grises, mousseuses, crampes dans les mollets. Rhoncus dans la poitrine; râles crépitants à la base du poumon droit; gros râles muqueux dans le reste des poumons. 700 gr. d'urine, depuis hier matin, contenant une grande quantité d'albumine; 16 gr. 20 d'urée par litre et 11 gr. 34 pour 700 gr. *Prescription :* Bouillon, lait, albumineuse; potion : aconit et digitale; potion tonique; manne 20 gr.

Midi. T. 40,4. 4 heures du soir. T. 39, 4; pouls à 120. Face jaune; forte céphalalgie; haleine fétide; selles grises, mousseuses. 8 heures du soir. T. 39,6.

4 novembre. 4 heures du matin. T. 39,8. 8 heures du matin. T. 40,2; pouls à 76; respiration à 40. Nuit très mauvaise; agitation et grande oppression. Les gros râles muqueux s'entendent à distance. La respiration est anxieuse; l'haleine est nauséabonde; les selles sont très fétides. 500 gr. d'urine depuis hier matin; albumine; urée 13 gr. 20 par litre et 6 gr. 75 pour 500 gr.

La numération des globules donne 1,776,000; ils sont petits, de diamètre réduit de moitié; ils paraissent un peu déformés, la plupart fraisés ou en forme de poire, sans dépression centrale; le sang est noir et fluide.

Des ventouses appliquées sur la poitrine ont donné du sang qui s'est pris en masse jaunâtre. Le sucre recherché dans le sang des capillaires, aspiré par les ventouses et recherché par la méthode de Cl. Bernard a donné 0,66 centig. par litre.

Midi. T. 40. 4 heures du soir. T. 39,8; pouls à 130. La peau est chaude et brûlante. Sueurs profuses, oppression considérable, violentes douleurs dans le côté droit. Les gencives ne sont pas saignantes; la langue est rouge, sèche. La connaissance est encore complète. 8 heures du soir. T. 39,8.

5 novembre. 4 heures du matin. T. 39,6. 8 heures du matin. T. 39,6; pouls à 120; respiration à 48, régulière, anxieuse. La langue est sèche; les conjonctives sont très jaunes; le facies est bistré, douleur à l'estomac, mauvaise odeur de l'haleine; il demande à manger. Agitation et délire dans la nuit. Urines involontaires, 500 gr. environ, ce qui porte à 800 gr. la totalité des urines rendues depuis hier matin. Les globules examinés ce matin paraissent un peu plus nets; il y en a de plusieurs sortes, les uns normaux, les autres réduits, d'autres fraisés.

4 heures du soir. T. 40; pouls à 120; respiration à 24. 8 heures du soir. T. 39,4.

Décédé le 6 novembre, à 3 heures du matin.

Autopsie faite 3 heures après la mort.

*Habitus extérieur.* — Homme robuste, taille moyenne; conjonctives jaunes.

*Abdomen.* — A l'ouverture de l'abdomen, tous les organes sont normale-

ment placés ; le péritoine et les intestins n'ont pas de coloration normale.

*Estomac.* — L'estomac contient environ 300 gr. de liquide bilieux; la muqueuse est pâle, sans arborisations, ni ecchymoses.

*Intestin grêle.* — L'intestin grêle contient peu de matières fécales. Ces matières sont aussi semi-liquides et sanguinolentes; cependant la muqueuse n'est pas ecchymosée, mais seulement hypérémiée par places.

*Gros intestin.* — Le gros intestin est complètement sain. Les ganglions mésentériques semblent sains.

*Foie.* — Le foie est volumineux et pèse 1,700 gr. Sa surface est lisse; sa coloration normale, sauf pour le lobe gauche qui a quelques taches café au lait. A la coupe, le tissu est presque normal, les lobules sont distincts, les vaisseaux ne sont pas vides; on trouve dans le lobe droit un petit noyau de coloration jaune-verdâtre. L'examen au microscope démontre que cette coloration est due à la rétention des pigments biliaires dans les cellules hépatiques; il n'y a pas de graisse dans les cellules de ces parties jaunes. L'examen microscopique du reste du foie fait constater la présence de la graisse dans un certain nombre de cellules hépatiques, surtout dans le lobe gauche. La vésicule biliaire contient peu de bile.

*Rate.* — La rate est volumineuse et pèse 500 gr.; son tissu est ferme, dur et comme sclérosé.

*Reins.* — Les deux reins pèsent 300 gr. et à la coupe ne présentent rien d'anormal, les deux substances sont parfaitement distinctes.

La vessie est presque vide et collée contre le pubis.

*Thorax.* — La plèvre et le poumon gauche sont sains. A droite, on constate des adhérences pleurales et la cavité pleurale contient environ 200 gr. de liquide séro-purulent.

Le poumon droit offre les lésions de la pneumonie au troisième degré, dans les deux lobes inférieurs; le lobe supérieur est sain. Le tissu hépatisé n'a pas franchement l'aspect de l'hépatisation grise; il est très friable, mou et laisse couler un liquide un peu sanieux.

Le cœur et les gros vaisseaux n'offrent rien de particulier à signaler.

Ce cas est curieux à méditer; il nous donne la véritable caractéristique de l'affection au point de vue de la marche de la température et des lésions qui peuvent survenir en pleine convalescence, par suite d'imprudences et d'erreurs de régime.

Ici nous avons saisi la maladie dès le début, ce qui est très rare; aussi, nous avons une courbe thermique parfaitement nette et bien dessinée, qui peut être donnée pour type. La température, accompagnée d'un frisson, monte brusquement à 40° où elle se maintient jusqu'au matin du second jour; elle

descend ensuite graduellement jusqu'à 37,2, qu'elle atteint le matin du troisième jour. A ce moment, la rémission paraît complète; mais presque aussitôt que la température a touché le chiffre normal, elle remonte de nouveau graduellement jusqu'à 39°, où elle reste à peu près stationnaire pendant 24 heures; elle descend ensuite d'une manière encore plus graduée que la première fois, et le soir du cinquième jour la défervescence est complète et la convalescence paraît bientôt assurée.

Pourtant, l'albumine qui avait apparu dans les urines en petite quantité, dès le troisième jour, devient plus abondante le sixième jour, quand déjà la fièvre a cessé. Elle persiste encore les jours suivants, sans que la fièvre menace de s'établir, mais cependant elle va en diminuant.

Le seizième jour, c'est-à-dire onze jours après la cessation de la fièvre, quand tout faisait espérer une issue heureuse, ce malade est pris brusquement, après une indisposition et un refroidissement, d'un violent frisson avec fièvre et point de côté; la peuro-pneumonie était déclarée. La température s'est toujours montrée très élevée à partir de ce moment jusqu'à la mort; l'albumine n'a pas beaucoup augmenté, mais elle a continué à paraître dans les urines.

Ne devons-nous voir dans la pneumonie, à laquelle a succombé ce malade, qu'une pneumonie franche, ordinaire? Je ne le crois pas. Je suis plus disposé à admettre une rechute ou réversion, comme dit Jaccoud, survenue sous l'influence d'un écart de régime et de refroidissement, avec localisation immédiate du côté des poumons. Ne voyons-nous pas, en effet, l'albumine persister dans les urines jusqu'au quinzième jour? N'est-ce pas la preuve que le sujet se trouvait encore sous l'influence de la maladie? Seulement, l'affection s'est localisée tout entière du côté des poumons, où il avait déjà existé de la congestion lors de la première atteinte. Nous aurons, en admettant cette opinion, l'explication de tout ce qui est arrivé.

L'albumine augmente et l'urée diminue jusqu'à la fin. La pneumonie a en outre tous les caractères d'une pneumonie infectieuse et ressemble à une pneumonie secondaire ou broncho-pneumonie qu'on observe souvent dans le cours des fièvres à symptômes typhiques.

Nous trouvons encore des preuves à l'appui de cette théorie

dans le liquide sanguinolent, dont la présence dans l'intestin est manifeste, l'absence d'urine dans la vessie, la diminution du sucre dans le sang 36 heures avant la mort, tous phénomènes qui ne se seraient pas produits si la pneumonie eût été franche.

## OBSERVATION XXVI.

*Fièvre bilieuse inflammatoire compliquée de broncho-pneumonie.*

Belkassem-ben-Amar, transporté arabe, âgé de 38 ans; 4 ans de Guyane; entre à l'hôpital militaire de Cayenne, le 3 juin 1878.

Se trouve malade depuis deux ou trois jours; a éprouvé des frissons et la fièvre est restée continue, pas de sueurs, perte d'appétit, céphalalgie.

A son entrée, la peau est chaude et sèche; la céphalalgie intense; la langue blanche et sèche; douleur à la base de la poitrine, du côté droit. 1,200 gr. d'urine, par jour. T. 39,5; pouls à 90. Soir. T. 40,1; pouls à 100.

4 juin. Matin. T. 38,9; pouls à 88. La douleur persiste du côté droit de la poitrine. Matité à ce niveau; respiration soufflante à la partie supérieure, résonnance de la voix dans toute l'étendue du poumon. Haleine fétide. *Prescription :* Bouillon, ipeca 1 gr. 50; potion : émétique 0,10 centig., sirop diacode 30 gr., potion : aconit et digitale. Quatre ventouses scarifiées. Soir. T. 39,4; pouls à 90. L'urine contient des traces d'albumine et donne 25 gr. 60 d'urée par litre.

5 juin. Matin. T. 38,9; pouls à 92. Vomissements jaunâtres avec l'ipéca; selles décolorées. Les urines sont rouges, 800 gr. Teinte subictérique de la face. Matité dans toute l'étendue des deux poumons. Râles crépitants à la base et frottement pleural; souffle tuber en haut et à droite, bronchophonie. Quelques filets de sang dans les crachats. Soir. T. 39,4; pouls à 90.

6 juin. Matin. T. 38,5; pouls à 92. La teinte ictérique de la face s'accentue de plus en plus. 1,400 gr. d'urine; anneau blanchâtre coloré en rose au-dessus; urée, 29 gr. 77 par litre. *Prescription :* Huile de ricin 30 gr., infusion de pulpe de casse. Soir. T. 39,2; pouls à 60; respiration à 44.

7 juin. Matin. T. 37,6; pouls à 120; respiration à 50, grande agitation dans la nuit. Plaques violacées au genou gauche. 750 gr. d'urine depuis hier matin, donnant 32 gr. 33 d'urée par litre.

Décédé le 7 juin à 8 heures du matin.

Autopsie faite 6 heures après la mort.

*Habitus extérieur.* — Homme robuste; taille moyenne; facies subicrique.

*Abdomen.* — A l'ouverture de l'abdomen, teinte pâle du tissu cellulaire.

Les anses intestinales sont distendues; on voit sortir de la cavité de l'abdomen une certaine quantité de pus; les intestins sont rouges, arborisés. On trouve à la face postérieure de l'abdomen, le long de la colonne vertébrale dans le petit bassin, 100 à 150 gr. d'un pus jaunâtre; pas d'adhérences péritonéales bien marquées.

*Thorax.* — A l'ouverture du thorax on aperçoit la plèvre gauche couverte de petites ecchymoses inflammatoires; la cavité pleurale contient environ 150 gr. de liquide. A droite, le poumon est adhérent et réuni à la plèvre pariétale par une épaisse couche fibrineuse. — On trouve 50 gr. de liquide dans le péricarde; la surface supérieure du ventricule gauche est légèrement chagrinée.

Le poumon droit est complètement hépatisé et présente une teinte grise, mais il n'existe aucun point ramolli, ni aucune caverne. A la coupe, on voit de petits points blancs qui ressemblent au premier aspect à des tubercules; mais en examinant plus attentivement, on remarque que ces points blanchâtres sont mous et dans certains points se continuent dans les bronches et forment des moules fibrineux.

Le poumon gauche est un peu congestionné, présentant à sa surface quelques traces de pleurésie fibrineuse.

*Foie.* — Le foie est volumineux et pèse 2,100 gr., sa face supérieure est adhérente au diaphragme.

*Rate.* — La rate pèse 405 gr., flasque et fibreuse.

*Estomac.* — L'estomac contient une certaine quantité de liquide gris, floconneux; la muqueuse est molle, présente des arborisations.

L'intestin grêle présente aussi quelques arborisations; un point présente des traces de sang.

La vessie est vide et ratatinée.

On peut encore facilement deviner une cause générale dans le développement de tous ces phénomènes; la présence du pus dans l'abdomen, les arborisations et les traces de sang que présente l'intestin grêle, tout le prouve.

La disposition de ces moules fibrineux se continuant dans les bronches, nous a rappelé, comme description, la pneumonie massive de M. Grancher.

On doit comprendre que, si cette maladie provoque des désordres sur des poumons sains, elle en déterminera à plus forte raison sur des poumons présentant déjà des tubercules; nous nous contenterons de dire qu'elle hâte la tuberculisation.

4° Le cœur, qui lui aussi subit souvent des altérations dans le cours de la fièvre inflammatoire, peut être le siège d'un pro-

cessus inflammatoire qui amène de graves complications. D'abord le cœur est faible et la vitesse de la circulation est ralentie; il peut y avoir des syncopes. L'endocarde peut être le siège du processus, mais c'est surtout sur le péricarde qu'il porte le plus souvent toute son action.

La péricardite est donc assez fréquente.

## Observation XXVII.

*Fièvre bilieuse inflammatoire compliquée de péricardite.*

Tiroumalé, transporté hindou, entre à l'hôpital du Maroni, le 21 décembre 1877.

Il est malade depuis plusieurs jours; il a craché un peu de sang; les conjonctives sont très jaunes; les urines contiennent un peu d'albumine. — Dans les premiers jours on ne pouvait constater qu'un état général qu'on ne savait trop à quoi attribuer; les poumons et le cœur ne présentaient rien de particulier; la fièvre était modérée; il faisait parfois des efforts de vomissements et crachait un peu de sang. La constipation était opiniâtre.

Le 26 décembre, la dyspnée se manifeste.

Le 29, elle augmente d'intensité. Rien à la percussion, ni à l'auscultation du coté des poumons; pas de toux, pas de crachats.

Le malade se plaint d'une douleur très vive à la région épigastrique. A la percussion de la région précordiale on constate de la matité s'étendant en hauteur du 2e espace intercostal gauche jusqu'à l'appendice typhoïde, en largeur du bord gauche du sternum jusqu'à la ligne mamelonnaire; en haut et en bas elle semble s'étendre de l'appendice xyphoïde à la ligne axillaire. La percussion est des plus douloureuses.

A l'auscultation, les bruits du cœur sont éloignés, confondus et rappellent le bruit de galop. Pas de frottement sensible à l'oreille ou à la main. Le pouls est petit.

Les urines sont jaunes, albumineuses et contiennent 27 gr. 36 d'urée par litre.

Le même état se continue jusqu'au 30 décembre. L'oppression augmente; nausées; inappétence; constipation; insommie. Les urines contiennent toujours de l'albumine et donne 15 gr. 96 d'urée par litre.

Les 1er 2 et 3 janvier 1878, même état. La matité précordiale augmente. On n'entend plus les bruits du cœur. Mort par syncope le 5 janvier 1878, à trois heures du matin.

Autopsie faite 5 heures après la mort.

*Habitus extérieur.* — Taille petite ; homme bien constitué.

*Abdomen.* — A l'ouverture de l'abdomen, il s'échappe environ 4 à 5 litres de liquide citrin ; le grand épiploon est ratatiné et refoulé en haut. Les intestins sont pâles ; les veines mésentériques sont gorgées de sang.

*Estomac.* — L'estomac est ratatiné et ne contient pas de liquide. La muqueuse est recouverte d'un mucus sanglant. On constate aussi la présence de quelques petites ulcérations rondes ou ovalaires.

*Intestins.* — L'intestin grêle présente des traces de légères hémorrhagies. Tout le long de l'intestin, on rencontre du mucus coloré en rouge clair et çà et là de véritables petits caillots.

Dans le gros intestin, on trouve les mêmes altérations.

*Foie.* — Le foie est volumineux et pèse 1920 gr. ; il présente l'aspect muscade, blanc et brun.

*Rate.* — Grosse, fibreuse, pèse 860 gr.

*Reins.* — Le rein droit pèse 160 gr. et son tissu est fortement congestionné. Le rein gauche est plus volumineux et pèse 210 gr. Outre la congestion qui existe au même degré que dans le rein droit, on trouve au niveau de la portion épanouie d'une des pyramides empiétant sur la colonne de Bertin correspondante et sur la substance corticale, un petit kyste séreux parfaitement sphérique et offrant 0,015 mil. de diamètre.

La vessie est vide et ratatinée contre le pubis ; pas une goutte d'urine.

*Thorax.* — Le sternum et les cartillages costaux enlevés, on aperçoit le péricarde distendu et faisant saillie, tandis que les poumons sont ratatinés, presque collés contre la colonne vertébrale et nageant dans le liquide jaune citrin d'un hydrothorax double.

On constate de plus à droite, quelques adhérences pleurales anciennes. A gauche, la plèvre est libre d'adhérences avec la paroi thoracique, mais les deux feuillets pleuraux sont fortement adhérents au niveau du péricarde ; de plus il existe à la partie antéro-inférieure du lobe inférieur gauche un petit point d'hépatisation rouge. Le reste du tissu pulmonaire est sain, peu crépitant, mais flotte encore très bien.

*Cœur.* — Notons d'abord, en dehors du péricarde, dans l'angle diédre formé en avant par le péricarde et le diaphragme, une masse indurée criant légèrement sous le scalpel et d'aspect glandulaire à la coupe. Adhérente au péricarde et au diaphragme, elle semble située dans le tissu cellulaire et n'intéresse aucunement le péricarde ni le muscle.

Le péricarde incisé contient environ 100 gr. d'un liquide jaune et trouble, purulent. Les deux feuillets péricardiques sont le siège de végétations énormes, d'aspect jaunâtre, molles et flottant dans le liquide. En avant, les deux feuillets n'ont point contracté d'adhérences, mais en arrière et surtout au niveau de la pointe du cœur, les adhérences sont nombreuses et fortes.

Les orifices tant vasculaires qu'auriculo-ventriculaires sont intacts. L'endocarde est normal; le tissu musculaire est mou, flasque et décoloré.

Les oreillettes contiennent quelques petits caillots noirs, mais les cavités ventriculaires sont vides.

Nous voyons donc le processus inflammatoire se porter tout spécialement sur le péricarde, mais ce n'est là qu'une coïncidence et une complication. La cause morbide existait bien avant que le péricarde ne soit atteint, et il est bien difficile, dans certains cas, quand on n'est pas en garde contre ces complications possibles, de savoir ce qui va se passer. Il faut noter la présence de caillots sanguins dans l'intestin, d'un liquide citrin dans le péritoine, l'aspect muscade du foie. En voilà assez pour établir la preuve d'une cause plus générale que la péricardite. Pour nous, c'est encore une péricardite de nature infectieuse.

*Complications abdominales.*

Le tube digestif peut être le siège de complications et nous allons en signaler d'intéressantes.

1° La bouche peut d'abord présenter certains symptômes plus accusés que d'habitude ; il semble même que la maladie porte là toute son action sous forme de stomatite. C'est surtout dans les cas de récidives que s'observent ces localisations particulières. Nous allons en donner un exemple en quelques mots.

Un transporté Européen, nommé Séguier, peintre, était employé à badigeonner les différents locaux du pénitencier du Maroni, que je désinfectais, par suite de cas de fièvre jaune que je venais d'observer. Il fut pris brusquement de petits frissons, de céphalalgie et de courbature générale. Il est traité à l'infirmerie, sans succès, par la quinine ; quelques jours après, il entre à l'hôpital. La face est jaune, les yeux sont injectés ; la langue est sale et tremblotante. Il éprouve beaucoup de difficulté à avaler, même la salive. On ne remarque aucune tuméfaction des amygdales ; il existe du gonflement des ganglions sous-maxillaires, de l'herpès labialis.

Le second jour de son entrée, il se plaint d'une forte douleur épigastrique, l'haleine est fétide ; les conjonctives sont jaunes ; il crache un peu de sang.

Le troisième jour, il se produit un léger gonflement de la

joue droite ; on remarque une rougeur du voile du palais, des amygdales, du pharynx, et des ulcérations de la bouche ; le mal de reins persiste.

La fièvre est continue pendant ces trois jours ; elle descend ensuite graduellement et n'arrive au chiffre 37 que cinq jours après son entrée à l'hôpital. A ce moment la salivation est très abondante ; les ganglions diminuent, les urines restent jaunes.

Les urines, qui au commencement étaient abondantes et contenaient une assez grande quantité d'urée, ont présenté un peu d'albumine ; vers le dix-septième jour, on notait à ce moment un dépôt très abondant de phosphates (réaction par la potasse). Ce dépôt n'a duré qu'un jour ; les urines ont présenté les jours suivants, avec l'acide azotique, un anneau rougeâtre surmonté d'un nuage bleu ; l'urée était tombée au chiffre de 8 gr, par litre.

Ce malade a couru de grands dangers et m'a beaucoup inquiété. Il est quelquefois difficile de rendre compte, par une simple description, de la gravité des symptômes.

2° L'estomac est souvent le siège principal des complications, comme il est aussi le plus souvent le siège des lésions propres à la maladie ; l'hypérémie et les ecchymoses.

Les complications les plus fréquentes qui se manifestent du côté de cet organe sont les hémorrhagies et les tumeurs inflammatoires arrivant quelquefois à la gangrène.

Les hémorrhagies sont assez faciles à expliquer par l'état hypérémique à peu près constant de la muqueuse. Il suffit souvent d'ulcère simple de l'estomac ou même d'une simple ulcération ou peut-être encore d'une simple prédisposition, pour qu'une hémorrhagie souvent très inquiétante se manifeste par l'estomac après quelques jours de fièvre. J'en connais plusieurs exemples.

J'ai vu un surveillant militaire pris subitement d'un grand mal de tête avec douleurs dans les genoux et les reins, de l'agitation et de l'insomnie avec fièvre pendant trois jours. Pendant ces trois premiers jours de fièvre, les vomissements étaient alimentaires. Le quatrième jour, il cracha un peu de sang, et le soir il présenta des vomissements très abondants de sang peu rutilant, mélangé de parties floconneuses noirâtres ; les selles étaient noires et composées de sang.

Avec une simple potion morphinée et du lait pour boisson,

les vomissements de sang se sont arrêtés. Il a continué les jours suivants à présenter des nausées sans vomissements. Les yeux étaient jaunes; les urines présentaient un anneau coloré surmonté d'un nuage blanchâtre. Tout s'est dissipé au bout de de quelques jours, mais en laissant une grande faiblesse.

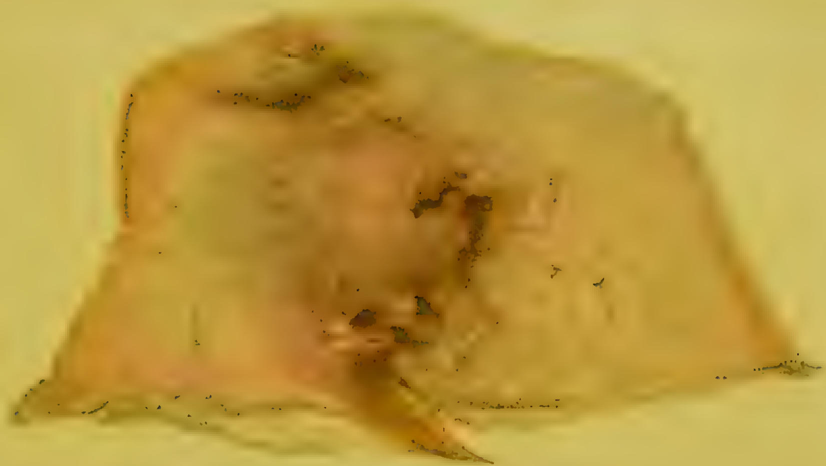
Ces hémorrhagies surviennent quelquefois sans cause appréciable, après quelques jours de fièvre, avec une fréquence telle à la Guyane qu'elles m'ont toujours beaucoup frappé. Si je n'avais vu que les cas que je viens de rapporter, je ne m'en serais pas beaucoup occupé et je n'aurais pas songé à en tirer parti.

Mais il est bien commun de voir des personnes bien portantes, fort peu anémiées, présenter des pertes de sang abondantes, quelquefois par l'estomac, d'autres fois par l'utérus. C'est surtout chez les femmes enceintes que l'on remarque ces accidents qui surviennent quelquefois d'une manière épidémique, après un peu de fièvre, et qui souvent occasionnent l'avortement.

Je me suis demandé si elles ne tenaient pas à l'état particulier du sang, sous l'influence de la cause qui donne naissance à la fièvre inflammatoire. J'ai bien des raisons qui corroborent cette opinion.

Les lésions les plus intéressantes que j'ai rencontrées à la suite de complications survenues du côté de l'estomac, sont celles que j'ai trouvées dans une autopsie faite avec le Dr Hache au Maroni, sur un transporté Européen.

Ces altérations me paraissent si importantes que j'ai cru devoir joindre à l'observation une planche pouvant en donner l'idée. Le croquis a été pris d'une manière très habile et très exacte par M. Lalande, chef du service pharmaceutique au Maroni, que je remercie encore une fois de son concours tout dévoué. Le dessin original a été fait par un parent et ami, peintre distingué, M. Ernest Lessieux, de Rochefort, à qui j'adresse ici tous mes remerciements. Je me suis efforcé, en un mot, de mettre sous les yeux du lecteur le fidèle portrait des lésions que nous avons observées au Maroni et que nous avons vues se développer en moins de trois jours.



ESTOMAC.



INTESTIN.

## Observation XXVIII.

*Fièvre inflammatoire compliquée de tumeurs gangréneuses dans l'estomac et l'intestin, avec œdème dur de la face.*

Carlotti, transporté européen; 13 ans de Guyane; n'a jamais fait de maladie grave.

Le 14 octobre 1877, vers 3 heures du matin, a été pris brusquement d'un accès de fièvre; céphalalgie, vomissements bilieux.

Le 15 octobre entre à l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni. L'œil droit est injecté; la glande lacrymale semble se tuméfier; il y a chémosis externe, à tel point qu'on pense tout d'abord à une dacryoadénite. Prescription : chocolat, quart, demie de vin, vineuse; potion, extrait de quinquina; sulfate de magnésie, 40 gr.; 10 sangsues. 8 heures du soir. T. 38. Les sangsues ont très peu saigné. Il existe du gonflement de la face. Aucune trace de piqûre.

16 octobre. 8 heures du matin. T. 40,2. Prescription : chocolat, trois quarts de vin; potion : quinine, 1 gr.; sirop diacode, 30 gr.; potion : aconit et digitale : sulfate de magnésie, 30 gr. 4 heures du soir. T. 40. N'accuse aucune douleur; quelques envies de vomir. 8 heures du soir. T. 40,4.

17 octobre. 8 heures du matin. T. 39,6. A eu des vomissements opiniâtres; grande agitation. 4 heures du soir. T. 40.

18 octobre. 8 heures du matin. T. 39,6 L'œdème de la face se limite; le côté gauche se dégage. Douleur à l'épigastre. Anneau albumineux dans les urines. Prescription : chocolat, quart à volonté, albumineuse, potion : aconit et digitale; potion à l'extrait de quinquina; sirop de morphine, 30 gr.; cataplasme sur le ventre. 4 heures du soir. T. 38,5. Le pouls est impossible à compter. La respiration est assez régulière à 24. A eu une syncope toute la journée. Peau froide. Les vomissements continuent; selles abondantes dans la journée. L'œil, du côté gauche, est très injecté et coloré en jaune. Un peu de hoquet; soubresauts; grandes inspirations.

Décédé le 19 octobre 1877, à 4 heures du matin.

Autopsie faite 5 heures après la mort.

*Habitus extérieur.* — Homme robuste; teinte normale des téguments; la face est jaune ainsi que les conjonctives. Plaque gangrénée à la paupière supérieure droite; léger œdème de la joue du même côté; glande lacrymale dure et augmentée de volume.

*Abdomen.* — A l'ouverture du cadavre, il s'écoule un peu de liquide légèrement louche. Le grand épiploon recouvre les anses intestinales et est fortement hypérémié.

L'aspect de l'intestin grêle offre çà et là des portions dilatées en ampoules et d'une coloration violacée.

*Estomac.* — L'estomac incisé renferme environ 300 gr. d'un liquide incolore. La muqueuse est parsemée de tumeurs variables de forme et de volume; les plus grosses ont presque 0,04 cent. de diamètre. Les tumeurs sont aplaties, molles, et ne semblent point comprendre la totalité des tuniques. Lavées, leur surface d'un rouge-violacé est formée d'une agglomération de petites ecchymoses en tout semblables à une plaque gangréneuse. Le reste de la muqueuse est complètement sain et nullement hypérémié.

A l'examen à l'œil nu des préparations, on remarque que sur les parties un peu altérées la celluleuse est boursoufflée, et que sur les parties plus altérées la muqueuse est déchirée. M. le Dr Hache, examinant les pièces au microscope, constate que la muqueuse est dépourvue d'épithélium; les capillaires sont dilatés et déchirés. Les cellules des glandes sont en dégénérescence graisseuse. Dans la celluleuse, on remarque une prolifération cellulaire et un épanchement albumineux; les vaisseaux se sont rompus; il y a des endroits hémorrhagiques. A un plus fort grossissement, on remarque, au milieu des globules sanguins, des bâtonnets de 2 millimètres de longueur, ressemblant à des bactéries. On remarque beaucoup de cellules embryonnaires. La musculeuse est saine; la tunique séreuse est un peu enflammée.

*Intestin.* — L'intestin ouvert dans toute sa longueur présente des altérations identiques, mais seulement aux endroits distendus; ailleurs, la muqueuse est normale.

Partout où existent ces espèces de tumeurs, les parois sont fortement épaissies et le péritoine est enflammé. Au niveau du cœcum et du côlon ascendant, il existe un énorme épanchement gélatiniforme dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal. Cet épanchement semble dû aux nombreuses tumeurs développées dans le cœcum et le côlon ascendant. Une coupe faite à travers ces tumeurs permet de constater que la paroi musculaire est intacte; la muqueuse semble être le siège de très nombreuses ecchymoses, tandis que la celluleuse est le siège d'un œdème énorme qui cause l'augmentation des parois et donne lieu à la tuméfaction de la muqueuse.

Les ganglions mésentériques sont volumineux; à la coupe, ils sont rougeâtres.

*Foie.* — Le foie pèse 1,450 gr. et est normal, couleur muscade.

*Rate.* — Poids: 450 gr.; ferme, un peu fibreuse.

*Reins.* — Poids: 320 gr. Normaux.

La vessie est vide et ratatinée. Le peu d'urine qu'elle contient, 50 gr. environ, est jaune et trouble, contient de l'albumine et urée 5 gr. 40 par litre.

Rien à noter dans le thorax.

Remarquons ici que la fièvre a précédé les phénomènes locaux. Ce qui dominait au début, c'était la tuméfaction de la glande lacrymale et ensuite le gonflement œdémateux de la face. Cet homme avait bien eu, au moment de l'invasion, des vomissements bilieux, mais pendant les deux premiers jours de la maladie, il supportait facilement les aliments. Il était employé comme domestique chez le commissaire. Il n'avait eu aucun rapport ni avec les bouviers, ni avec les bouchers de l'établissement. Au point de vue de la nourriture qu'il avait pu prendre, il a été impossible de rien découvrir. Il est vrai qu'il existait à ce moment, au vent du pénitencier, des barriques de peaux de bœufs mal conservées et entassées les unes sur les autres, depuis plus de quatre ans que le Maroni subissait une influence épidémique.

A cause de la présence des bactéries, sous forme de bâtonnets paraissant immobiles, il était permis de croire à la fièvre charbonneuse. Cette idée était parfaitement soutenable et s'accordait avec les faits. Depuis mon arrivée au Maroni, j'observais plusieurs cas d'œdème de la face suivis de gangrène, que je ne savais à quoi attribuer. On invoquait toujours les piqûres, mais on ne voyait jamais l'insecte.

Il y avait peu de jours encore, j'avais reçu un homme de Saint-Maurice avec un œdème dur de la face, suivi de gangrène. Le mal avait débuté brusquement la nuit; il avait éprouvé une légère cuisson à la joue. La fièvre avait duré trois jours, et ce n'est qu'après la fièvre passée que la joue s'est œdématiée, en présentant une phlyctène et des plaques noires.

Il ne m'appartient point de discuter, à cette place, la spontanéité du charbon ou de la fièvre charbonneuse, et je ne veux point me lancer dans des conjectures hasardeuses. Si je m'appesantis, en passant, sur cette cause possible de maladie, c'est que l'affection, en face de laquelle nous nous trouvions placé, n'était pas bien nette dans mon esprit, et aussi à cause de la présence des bactéries qu'on avait constatées.

Cependant, en étudiant plus à fond la question, et surtout en groupant les unes à côté des autres les observations qui vont suivre, et qui ont été recueillies à peu de temps d'intervalle, je pense n'avoir eu affaire qu'à une seule et même affection, de nature infectieuse; la fièvre inflammatoire ayant produit des

lésions différentes, seulement comme étendue et comme siège. Quant à la présence des bactéries, nous nous expliquerons un peu plus loin, quand nous discuterons la nature de la maladie qui nous occupe. Nous comprenons les objections auxquelles peut donner lieu la présence de corpuscules organisés en forme de bâtonnets que le D[r] Hache a remarqués dans les préparations. Cependant on doit en tenir compte dans une certaine mesure. Du reste, quand on n'est pas habitué à la recherche d'organismes microscopiques, il est facile de se tromper dans les appellations. Notre vibrion peut aussi bien se rapprocher de la bactéridie que du vibrion septique de Pasteur. Une culture seule nous eût éclairé.

Ce que nous voulons bien établir, c'est que les lésions stomacales paraissent sous la dépendance d'un état général, puisque la face a été primitivement le siège de l'affection et que les vomissements ne se sont prononcés que la veille de la mort. Du reste, l'étude microscopique des lésions nous montre que la celluleuse se boursouffle considérablement avant que la muqueuse ne soit atteinte. L'œdème inflammatoire se montre primitivement dans les couches sous-muqueuses et la muqueuse ne se détruit que par le fait de la compression du dedans au dehors. La même lésion existe dans l'intestin et on est bien forcé d'admettre une cause générale pour expliquer ces manifestations sur divers points du tube digestif.

3° Les intestins peuvent aussi être le siège de complications.

D'abord, il n'est pas rare d'observer, à la suite de la fièvre inflammatoire, de véritables diarrhées bilieuses, qui tiennent plutôt à l'état général du malade qu'à une cause locale.

Les selles, dans certains cas assez rares, sont de telle nature, que l'on peut croire à des symptômes cholériformes. Du reste, le fait n'est pas nouveau, et M. Ballot, en 1857, à la Martinique, observait des cas de fièvre jaune où tous les caractères du choléra existaient chez les malades, sauf les selles riziformes.

Dans le troisième trimestre 1868, aux Iles du Salut, on signalait des cas de fièvre bilieuse, avec épistaxis et purpura généralisé. Deux de ces cas ont présenté des symptômes d'entérite cholériforme, avec algidité, affaiblissement du pouls, yeux excavés et nez effilé, crampes, déjections bilieuses, infectes et même riziformes.

Au Maroni, on signale en 1869 une petite épidémie simulant assez bien un choléra léger. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que la maladie a pris naissance dans les salles mêmes de l'hôpital ; le premier homme atteint était en traitement pour une pustule maligne. Chez un malade, la réaction a été très prononcée, avec symptômes congestifs, fièvre, délire et otalgie violente.

J'ai vu quelques cas de ce genre.

On observe souvent des dysentéries et un état typhoïde.

Cet état typhoïde a beaucoup préoccupé certains observateurs à un point tel, qu'ils appelaient la maladie du nom de fièvre typhoïde. C'est un état insidieux, malin, qui survient par le fait même de l'altération du sang et des organes, souvent sans localisation appréciable, quelquefois avec quelques lésions du côté de l'intestin ; mais ces lésions n'ont rien de fixe, de permanent, de caractéristique.

### Observation XXIX.

*Fièvre inflammatoire compliquée d'accidents typhoïdes.*

Contat, soldat d'infanterie de marine, 32 mois de Guyane, se trouve en garnison au Maroni depuis le mois d'avril 1877.

Au mois de mai avait, été atteint de fièvre continue pendant 3 jours, avec symptômes assez graves, et fait 20 jours d'hôpital.

Le 23 août, a été pris, vers 10 heures du matin, de céphalalgie avec malaise général. Le 24, a éprouvé une légère douleur épigastrique avec brisement des membres. Entre à l'hôpital le 25. Matin. T. 40. Pouls à 100. Soir. T. 39,8. 26 matin. T. 37,4. Soir. T. 37.2.

Sort le 10 septembre de l'hôpital.

Le 19 octobre 1877, se trouvant aux Hattes, à l'embouchure du Maroni, où il avait été envoyé en détachement, il fut pris subitement, après déjeuner, de céphalalgie, douleurs de reins et de jambes ; pas de nausées ni de vomissements, n'a pas dormi dans la nuit.

Le 20, a pris 20 gr. de sulfate de magnésie et de la quinine. Dans la journée, il ne sentait pas la fièvre très forte, mais n'a pas pu manger ; les jambes ne pouvaient le porter ; grande faiblesse.

Le 21, a éprouvé en se levant un très grand mal de tête ; douleurs dans les reins et les jambes. Se trouvant privé de tout secours médical, il se fait transporter à l'hôpital de Saint-Laurent. A son entrée, le facies est rouge, animé. Agitation ; un peu d'oppression, n'a pas transpiré depuis qu'il est malade, se plaint d'un fort mal de reins ; épigastralgie, douleurs dans les deux hypochondres ; nausées. Les yeux sont injectés et légèrement jaunes, les pupilles dilatées ; soif vive ; bouche sèche ; peau chaude et sèche. 4 heu-

res du soir. T. 40,2 ; pouls à 100, respiration à 40. Prescription : bouillon, lait; albumineuse; potion : extrait de quinquina 2 gr., noix vomique 10 gouttes; lavement huileux; 6 ventouses; potion : aconit et digitale. 8 heures du soir. T. 40,8. Minuit. 39,8.

22 octobre. 4 heures du matin. T. 37,8. 8 heures du matin. T. 37,6; pouls à 76. La figure est plus calme, les yeux sont légèrement jaunes, la langue est un peu sale; se plaint encore de mal dans les reins. Urines rouges, 400 gr. environ depuis hier au soir; pas d'albumine. Sulfate de magnésie, 30 gr. Midi. T. 37. 4 heures du soir. T. 37; pouls à 60. Le mal de reins a disparu; peau très fraîche; conjonctives jaunes. 4 selles avec le purgatif. 8 heures du soir. T. 37. Minuit. T. 37.

23 octobre. 4 heures du matin. T. 37. 8 heures du matin. T. 36,8; pouls à 56. La figure est reposée, les yeux sont toujours jaunes; urines assez abondantes. Midi. T. 37. 4 heures du soir. T. 37; pouls à 64. 8 heures du soir. T. 37. Minuit. T. 37.

24 octobre. 4 heures du matin. T. 36,8. 8 heures du matin. T. 36,8; pouls à 68. Aucune douleur, pas d'appétit, pas de selles. Urines peu abondantes. Midi. T. 37. 4 heures du soir. T. 37; pouls à 68. Le facies est jaunâtre, les pupilles dilatées; langue blanchâtre, 3 selles abondantes. 8 heures du soir. T. 37. Minuit. 37.

25 octobre. 4 heures du matin. T. 36,8. 8 heures du matin. T. 37 ; pouls à 90. Les urines sont toujours peu abondantes et rouges. Midi. T. 37. 4 heures du soir. T. 37,4. 8. heures du soir. T. 37. Minuit. T. 37.

26 octobre. 4 heures du matin. T. 36,8. 8 heures du matin. T. 37,4 ; pouls à 80. Demande à manger. Aucune douleur. Les urines examinées hier soir ne contenaient pas d'albumine et donnaient 14 gr. 80 d'urée par litre; un litre d'urine environ par 24 heures. Midi. T. 37,2. 4 heures du soir. T. 37,2 ; pouls à 56. 8 heures du soir. T. 37,6. Minuit. T. 37,4.

27 octobre. 4 heures du matin. T. 37,2. 8 heures du matin. T. 37,2; pouls à 90. La teinte jaune des conjonctives persiste. Midi. T. 37. 4 heures du soir. 37,4. 8 heures du soir. T. 37. Minuit. T. 37.

28 octobre. 4 heures du matin. T. 37,2. 8 heures du matin. T. 37; pouls à 80. Les urines sont jaunes; 1,500 gr. environ. Midi. T. 37,4. 4 heures du soir. T. 37 ; pouls à 72. 8 heures du soir. T. 37. Minuit. T. 37.

29 octobre. 4 heures du matin. T. 37. 8 heures du matin. T. 37 ; pouls à 84. 4 heures du soir. T. 37.

30 octobre. 8 heures du matin. T. 37. 4 heures du soir. T. 37.

31 octobre. 8 heures du matin. T. 37,4 ; pouls à 90. 4 heures du soir. T. 37,2.

1er novembre. 8 heures du matin. T. 37. 4 heures du soir. T. 37,4.

2 novembre. 8 heures du matin. T. 37. ; pouls à 90. 8 heures du soir. T. 37,2 ; pouls à 76.

Sort de l'hôpital le 4 novembre.

Après sa sortie de l'hôpital l'appétit a disparu. Constipation opiniâtre. Le 6, à midi, étant à la caserne, a éprouvé des frissons suivis de transpiration.

Le 7, il a pris un purgatif et de la quinine à l'infirmerie; se sentait toujours fatigué; mal à la tête et aux reins; quelques vomissements; peu d'appétit.

Le 8 au matin a pris de la quinine. Vers 11 heures, frissons assez violents. Mal aux reins et à la tête. Douche sur la nuque.

Le 9, se sentait très fatigué ; grand mal aux reins et dans les jambes ; n'a éprouvé ni frisson, ni chaleur, et ne pouvait se tenir debout.

Le 10, la fatigue générale s'accentue ; ni frisson, ni chaleur, ni transpiration. Se plaint de douleurs dans les jambes, les hypochondres, à l'estomac, à la tête. Purgatif et quinine, 0,75 cent.

Le 11, même état. Douleurs généralisées; quinine.

Le 12 novembre, entre de nouveau à l'hôpital. Accuse un violent mal de reins. Fatigue très grande. Douleurs aux épaules et à l'épigastre. Langue sale; pas de vomissements. Urines rares. 8 heures du matin. T. 40; pouls à 96. Midi. T. 40,2.

4 heures du soir. T. 40,6; pouls à 100. Un peu d'agitation. Douleur très forte à l'épigastre. Les urines contiennent un anneau albumineux et 24 gr. 30 d'urée par litre. 8 heures du soir. T. 40. Minuit. T. 40.

13 novembre. 4 heures du matin. T. 40. 8 heures du matin. T. 39,4 ; pouls à 100, respiration à 28. Pas de sommeil ; rêves pénibles. Oppression. La douleur à l'estomac est moins forte. Douleur entre les deux épaules ; pas de toux. Douleur dans les deux hypochondres et le bas-ventre. Le mal de reins est moins fort. Langue sale et sèche ; conjonctives jaunes ; pupilles dilatées. 600 gr. d'urine depuis hier au soir; anneau albumineux coloré. Midi. T. 39,6.

4 heures du soir. T. 40 ; pouls à 92, respiration à 36. Le facies est rouge. La langue est rouge ; l'épigastre n'est plus douloureux à la pression. Les douleurs des épaules ont diminué. Peau chaude et sèche. Selles fréquentes, jaunâtres et fétides. Les urines contiennent de l'albumine et urée 17 gr. 50 par litre. 8 heures du soir. T. 39,8. Minuit. T. 39,6.

14 novembre. 4 heures du matin. T. 39. 8 heures du matin. T. 39.8 ; pouls à 80, respiration à 28. Le facies est un peu reposé ; les conjonctives sont jaunes. Langue sale et rouge ; liseré gingival blanchâtre. Pas de douleur à l'épigastre ; un peu de douleur dans la fosse iliaque droite, pas de gargouillements. Douleur de reins. Urines 700 gr. *Prescription* : albumineuse, décoction de quinquina 200 gr. ; potion : aconit et digitale ; lavement : décoction de quinquina 150 gr., quinine 1 gr., acide phénique 2 gouttes.

Midi. T. 39,4. 4 heures du soir. T. 39 ; pouls à 84, respiration à 28. Le facies et les conjonctives sont plus pâles. La langue est rouge et sèche,

bouche pâteuse, soif vive. Pas de sommeil. 8 heures du soir. T. 39. Minuit. T. 39,8.

15 novembre, 8 heures du matin. T. 38,8. 8 heures du matin. T. 38,8; pouls à 84, respiration à 32. Rêves pénibles et agitation. La langue se fendille au centre, très rouge sur les bords et très sèche. 800 gr. d'urine; pas d'albumine. Midi. T. 39,4. 4 heures du soir. T. 40; pouls à 84, respiration à 32. Douleurs dans les reins, les jambes et aux épaules. Agitation et oppression. Ce soir, il existe un peu d'albumine dans les urines. 4 heures du soir. T. 40,2. 8 heures du soir. T. 39,2. Minuit. T. 39,2.

16 novembre. 4 heures du matin. T. 38,8. 8 heures du matin. T. 39; pouls à 84, respiration à 28. Accuse un peu de mieux. Facies pâle. Langue sale et rouge sur les bords. 10 selles peu abondantes dans la nuit; 700 gr. d'urine. Midi. T. 39,8. 4 heures du soir. T. 39 ; pouls à 84, respiration à 32. 8 heures du soir. T. 39. Minuit. T. 39,4.

17 novembre. 4 heures du matin. T. 38,8. 8 heures du matin. T. 39,4 ; pouls à 80, respiration à 28. Grande agitation. Insomnie complète. Langue tremblotante, rouge sur les bords. Grandes inspirations. Les selles sont grises, fétides. Urines, 800 gr. ; traces d'albumine. Urée, 24 gr. 30 par litre. *Prescription* : ut suprà ; manne, 30 gr.

Midi. T. 39,4. 4 heures du soir. T. 39; pouls à 84, respiration à 24. Dysphagie. Brûlure à la gorge. 8 heures du soir. T. 39,4. Minuit. T. 39,8.

18 novembre. 4 heures du matin. T. 39.4. 8 heures du matin. T. 39,2 ; pouls à 92. Langue sèche, saignante, fendillée. Se plaint de mal à la gorge et à la langue. Douleur dans le bas-ventre. Urines, 800 gr. ; anneau albumineux. Midi. T. 40, 6. 4 heures du soir. T. 40,8; pouls à 120, respiration à 32. Le facies est pâle. La langue saigne. La peau est chaude et un peu moite. Les selles sont jaunes, liquides et très fétides. 8 heures du soir. T. 40,6. Minuit. T. 40,4.

19 septembre. 4 heures du matin. T. 40,2. 8 heures du matin. T. 40,2; pouls à 120; respiration à 28. A eu le délire toute la nuit. Oppression. La langue est sèche, rôtie, fendillée, saignante; gencives fuligineuses; le bas-ventre est douloureux. Urines, 700 gr.; anneau albumineux très marqué; urée 16 gr. 10 par litre. Midi. T. 40,4. 2 heures du soir. T. 41.4. 4 heures du soir. T. 41,8; pouls petit, filiforme. Respiration très accélérée. La peau du corps est brûlante, les extrémités froides. Ce matin, perte complète de connaissance, soubresauts, carphologie. Mort à 6 heures du soir, le 19 novembre 1877. T. 42, au moment de la mort. T. 40, une demi-heure après la mort.

Reste à 37 un quart d'heure et descend ensuite graduellement.

Autopsie faite 12 heures après la mort.

*Habitus extérieur.* — Homme robuste; teinte pâle générale; légère teinte jaune des conjonctives et de la face.

*Abdomen.* — A l'ouverture du cadavre, on constate la teinte normale du tissu conjonctif sous-cutané. L'abdomen incisé laisse s'écouler une certaine quantité de liquide louche. Le grand épiploon et le mésentère sont le siège d'une péritonite aiguë généralisée. Les intestins sont légèrement accolés par de récentes fausses membranes et le petit bassin ainsi que les flancs contiennent du liquide louche et purulent. La face externe de l'intestin est rouge-vif; les vaisseaux de la séreuse sont parfaitement injectés; cette hypérémie est surtout prononcée au niveau de la troisième portion de l'intestin grêle. A cet endroit d'ailleurs on remarque dans la fosse iliaque droite au-dessus du cœcum une série de points qui semblent manifestement hypérémiés; l'un d'eux offre un orifice de la grosseur d'une tête d'épingle et on voit sourdre par cet orifice de la matière fécale liquide.

Le cœcum et le gros intestin sont dilatés par des gaz.

La vessie contient très peu d'urine.

*Estomac.* — L'estomac renferme un peu de liquide incolore; la muqueuse est presque entièrement saine, seulement au niveau du cardia, il existe trois plaques fortement arborisées et ecchymosées; ces plaques sont irrégulièrement parcourues par de gros vaisseaux gorgés de sang noir et se divisent en branches de plus en plus petites pour aboutir en fin de compte à des ecchymoses de la grosseur d'une tête d'épingle. Ces lésions semblent exister dans la muqueuse; la celluleuse et la musculeuse paraissent normales.

*Intestin grêle.* — Le duodenum et le jéjunum offrent une surface interne recouverte de matières fétides colorées en jaune par de la bile lavée; la muqueuse ne présente pas d'arborisations; la même matière existe dans l'iléon, mais la muqueuse est loin d'être partout intacte. Dans les 30 derniers centimètres de l'intestin grêle, on trouve des ulcérations plus ou moins profondes; en général, elles sont taillées à pic, les bords sont nets mais irréguliers; tantôt elles semblent superficielles et on trouve au centre une partie gangrénée, parfois proéminente, en forme de champignon; parfois elles comprennent les diverses tuniques intestinales; beaucoup d'entre elles s'étendent jusqu'à la musculeuse. Une ulcération se trouve à 0,20 cent. environ du cœcum; elle s'ouvre dans la cavité péritonéale, par un pertuis de la grosseur d'une tête d'épingle. Entre ces ulcérations, la muqueuse est pâle et non arborisée.

*Cœcum et gros intestin.* — Le cœcum offre des altérations identiques à celles de l'iléon.

Le gros intestin contient des matières fécales très fétides; on ne trouve aucune ulcération et la muqueuse est simplement arborisée. Au niveau du colon transverse, il existe une petite tumeur noire, logée sous la sé-

reuse; elle n'intéresse aucunement les tuniques intestinales; grosse comme une lentille, son contenu est noir et mou.

*Foie.* — Le foie pèse 1650 gr.; il est pâle, un peu mou à la coupe, il paraît exangue; son tissu est flasque et ressemble à de la chair lavée. M. Lalande a recherché avec soin le sucre contenu dans le foie, il n'en a pas été trouvé un atome. Il y avait 0,50 centigr. d'urée pour 1600 gr. de foie.

*Rate.* — La rate pèse 500 gr.; elle est molle, friable, légèrement en bouillie; sa coloration est rouge-sale.

*Reins.* — Les reins pèsent ensemble 350 gr.; les deux substances sont assez distinctes; la surface de la coupe est pâle; le sang qui coule des veines est très peu coloré.

*Thorax.* — Rien de particulier dans le thorax.

Si nous analysons ce cas avec soin, nous voyons que ce militaire, ayant déjà trente-deux mois de Guyane, n'avait jamais été malade avant le mois de mai 1877, époque à laquelle il fut atteint probablement d'une fièvre inflammatoire, car il a fait vingt jours d'hôpital au Maroni en présentant une fièvre continue pendant trois jours, avec des symptômes très graves. Au mois d'août, il fait une seconde entrée à l'hôpital pour un léger accès de fièvre.

Au mois d'octobre il est envoyé en détachement aux Hattes. Dans ce poste, les soldats, confiés à la garde d'un caporal, sont moins surveillés qu'à Saint-Laurent et prennent moins soin de leur santé. Quelques jours après son arrivée dans ce poste, il est pris d'un accès de fièvre accompagné de mal de reins, de céphalalgie et de brisement des membres. Il prend de la quinine, se purge, et malgré tout cet état persiste; aussi il est bientôt renvoyé à l'hôpital Saint-Laurent du Maroni. Il faut dire que le mois précédent, un soldat, nommé Mauquier, avait été renvoyé des Hattes, où il avait été atteint, quelques jours seulement après son arrivée de Saint-Laurent, d'une fièvre intense avec épistaxis; cet homme, à peine arrivé à l'hôpital, mourut avec des symptômes de fièvre jaune.

Quant à Contat, qui fait le sujet de cette analyse, il ne présenta la fièvre que le premier et le second jour de son arrivée; il parut se remettre assez bien et fut renvoyé à la caserne, où il perdit bientôt l'appétit, commit peut-être quelque imprudence et retourna mourir à l'hôpital en présentant un état typhoïde

des mieux marqués, avec péritonite consécutive à la perforation intestinale.

Ce cas mérite d'être observé et étudié avec soin, car il donne la clé d'une foule de maladies des pays chauds, si difficiles à classer, parce que trop souvent l'attention ne se porte que sur les symptômes terminaux.

Dirons-nous avec Amic que c'est une fièvre typhoïde, ou bien avec Dutrouleau qu'il n'y a pas de fièvre typhoïde dans les pays chauds ? C'est une question trop hérissée de difficultés pour qu'il me soit permis de l'aborder. Je me borne seulement à commenter le fait que j'ai observé.

Contat a succombé à un état typhoïde; mais pour moi ce n'est que le syndrôme d'une maladie préexistante. J'ai déjà répété souvent et je le répéterai encore, car c'est le nœud de la question, que la fièvre inflammatoire tient le sujet pendant des mois entiers sous son influence, et que, par suite de circonstances fâcheuses, elle peut récidiver ou se compliquer. Les organes si longtemps impressionnés ont été impuissants à renouveler les éléments du sang. Le foie a une couleur de chair lavée et devait peu fonctionner. On a recherché le sucre qu'il pouvait contenir et on n'en a pas trouvé de traces. Il ne faut point trop s'en étonner puisque, d'après Claude Bernard, le sucre disparaît rapidement du sang au dedans des vaisseaux après la mort. Mais l'urée ne disparaît pas, et c'est à peine si l'on en trouve 0,50 centigr. pour 1,600 gr. de foie. Mais si les rénovations sont moindres, les décompositions sont proportionnellement plus grandes; les matières provenant des décompositions irritent la muqueuse intestinale, en déterminant de l'hypérémie et des ulcérations qui ne siègent point sur les plaques de Peyer, mais au hasard sur la muqueuse.

4. La dysentérie, qui complique aussi assez souvent la fièvre inflammatoire, est parfois assez bénigne, mais dans certains cas elle présente des caractères de gravité exceptionnels.

### Observation XXX.

*Fièvre inflammatoire compliquée de dysentérie gangréneuse.*

Noël-Hubert, transporté Européen, 12 ans de Guyane. Dit avoir eu la fièvre jaune en 1868, aux Iles-du-Salut.

Entre une première fois à l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni, le 6 septembre 1877. Il a été peu observé à ce séjour, mais en compulsant les feuilles de clinique, on voit qu'il était atteint d'ictère avec fièvre. Il avait été traité par la quinine, les purgatifs, jalap, rhubarbe et calomel. Il sort le 5 octobre.

Entre de nouveau à l'hôpital le 23 octobre 1877. A son entrée, il accuse de la fièvre. *Prescription :* sulfate de magnésie 20 gr.; potion : quinine, 1 gr. 50 et sirop diacode 30 gr.

Le 24, la fièvre continue. *Prescription :* potion : quinine 1 gr. 50, sirop diacode 30 gr.

25 octobre. 4 heures du soir. T. 40,8. *Prescription :* chocolat, bouillon, lait, albumineuse ; potion : aconit et digitale. Quinine 0,75 centig.

26 octobre. 8 heures du matin. T. 40. Albumine dans les urines, pas de bile.

27 octobre. 8 heures du matin. T. 39,4 ; pouls à 100. *Prescription :* albumineuse, potion : aconit et digitale ; potion : quinine 1 gr. 50, sirop diacode 30 gr. ; lavement : décoction de quinquina 150 gr., quinine 2 gr., acide phénique 2 gouttes ; manne 30 gr.

4 heures du soir. T. 40, pouls à 100. A eu des vomissements dans la journée à la suite de l'ingestion de la potion de quinine ; ne se plaint que du mal de tête.

28 octobre. 8 heures du matin. T. 39 ; pouls à 100. Langue sèche, rôtie ; pas de vomissements, selles abondantes. Albumine dans les urines ; urée 16 gr. par litre. 4 heures du soir. T. 40,2 ; pouls à 108. Respiration à 32. Se plaint de surdité depuis ce matin, Urines assez abondantes.

29 octobre. 8 heures du matin. T. 39,6 ; pouls à 100. 4 heures du soir. T. 39,6 ; pouls à 110. Face pâle ; n'accuse pas de douleur. Selles diarrhéiques involontaires.

30 octobre. 8 heures du matin. T. 39 ; pouls à 110. Se trouve très fatigué. Langue sèche, rôtie ; soif vive ; haleine fétide. Albumine dans les urines ; urée 12 gr. 10 par litre. 4 heures du soir. T. 39,5 ; pouls à 116. Respiration à 28. Soif toujours vive ; ne peut se désaltérer. Langue sèche, bouche pâteuse. Pas de vomissements, fuliginosités, surdité. Selles involontaires. *Prescription :* bouillon, lait, potion : aconit et digitale, potion : extrait de quinquina et noix vomique. Lavement amylacé laudanisé ; potion : bismuth 10 gr. 8 heures du soir. T. 40,7.

31 octobre. 4 heures du matin. T. 40. 8 heures du matin. T, 40,2 ; pouls à 112, petit, filiforme, respiration à 40. Hier soir, vers 7 heures et demie, perte de connaissance, selles involontaires ; odeur mauvaise ; carphologie. Plaques violacées sur les fesses, les hanches et dans le dos. Avant la mort, sang noir très pauvre en matière colorante ; globules 1,564,000 paraissant plus petits, quelques-uns allongés en forme de poire.

Décédé le 31 octobre 1877 à 10 heures du matin.

Autopsie faite 5 heures après la mort.

*Habitus extérieur.* — La face est légèrement jaune, le reste du corps est pâle. Anémié.

*Abdomen.* — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve le grand épiploon étalé et un peu congestionné, mais sans trace d'adhérences; l'intestin grêle est ratatiné et présente des ecchymoses visibles à travers la tunique séreuse. Le gros intestin est fortement dilaté et offre des plaques rouge-violacé et des endroits manifestement anémiés et sur le point de se perforer. La vessie est distendue et contient 500 gr. de liquide. Urines jaunes contenant de l'albumine et urée 12 gr.·18 par litre.

*Estomac.* — L'estomac contient des gaz et environ 300 gr. de liquide incolore; la muqueuse est pâle; sang au niveau du grand cul de sac. On rencontre encore dans la région de la grande courbure deux petites ulcérations pâles à bords taillés à pic.

*Intestin grêle.* — L'intestin grêle contient des matières fortement colorées par la bile; la muqueuse est parsemée d'ankylostômes et est le siège de nombreuses ecchymoses dont le diamètre varie entre 1 et 6 à 7 millimètres. Ces ecchymoses sont plates, sans saillies; elles siègent sous la muqueuse et offrent très souvent à leur centre un petit point plus foncé. Dans un certain nombre d'entre elles, on trouve un ankylostôme fortement attaché au centre. Enfin si l'on incise les plus volumineuses, on constate, dans la tunique celluleuse la présence d'un de ces ankylostômes déjà signalés à la surface de la muqueuse. Ces lésions existent dans toute l'étendue de l'intestin grêle; nulle part, il n'y a traces d'ulcérations.

*Gros intestin.* — Les lésions du gros intestin sont les suivantes : depuis le cœcum jusqu'au rectum, la muqueuse est parsemée de vastes ulcérations taillées à pic et limitées par un rebord œdématié et fortement hypérémié; variables de forme, d'étendue et de profondeur, ces ulcérations sont irrégulières et offrent un fond grisâtre, sanieux, formé de parties mortifiées qui contrastent fortement avec le bourrelet ecchymotique. Entre ces ulcérations, on trouve de véritables petites tumeurs rouge-violacé ecchymotiques, présentant au centre un point gris gangréné. A la coupe on voit que cette tuméfaction est due à un état œdémateux inflammatoire de la celluleuse. Depuis ces boursouflements de la muqueuse jusqu'à la disparition d'une partie de la tunique musculaire de l'intestin, on trouve tous les intermédiaires. Les matières fécales sont grisâtres, fétides et ne contiennent pas de sang. Les ganglions mésentériques sont assez volumineux, mais durs et criant sous le scalpel.

*Foie.* — Le foie pèse 1970 gr. Son tissu est ferme à la coupe; il offre des alternatives de tissu brun et blanc, mais il n'est point exangue. L'examen microscopique dénote l'existence de la graisse dans les cellules

des parties qui paraissent blanches. Les cellules ne sont pas déformées ; les contours sont visibles, ainsi que le noyau et le protoplasma.

*Rate.* — La rate est volumineuse, 750 gr., mais dure et ferme. Son tissu paraît un peu sclérosé.

*Reins.* — Les reins semblent normaux à l'examen macroscopique et pèsent ensemble 425 gr.

*Thorax.* — Rien de particulier dans le thorax.

Il serait difficile de se rendre compte de lésions aussi profondes et aussi étendues, rapidement développées, sans l'intervention d'une cause spécifique générale. Pendant la vie, on ne pouvait soupçonner l'étendue des désordres ; les selles étaient fétides, mais elles contenaient à peine quelques traces de sang. Du reste, si les lésions sont très considérables dans le gros intestin, elles sont encore généralisées à l'estomac et à l'intestin grêle ; dans l'estomac on note deux ulcérations, et dans l'intestin grêle de nombreuses ecchymoses. On ne peut pas invoquer la nature paludéenne de l'affection ; la quinine a été donnée à haute dose et jusqu'à saturation, et elle n'a point réussi à enrayer la marche véritablement effrayante des symptômes ; la rate était volumineuse, mais dure et fibreuse.

Je serais disposé à voir dans ce fait un cas de typhus dysentérique, signalé déjà par Thouvenot, pendant une épidémie de fièvre jaune au Sénégal ; c'est, en un mot, une dysentérie gangréneuse consécutive à une fièvre inflammatoire. Cet homme était déjà entré à l'hôpital pour embarras gastrique fébrile, accompagné d'un ictère assez fréquent dans la seconde période de la fièvre inflammatoire. Il est sorti de l'hôpital sans être bien rétabli, et au dehors il s'est sans doute mal soigné. L'influence morbifique continuant à agir a manifesté toute son action sur le tube digestif. Un sang altéré ; des vaisseaux mal nourris et disposés à se dilater et à s'hémorrhagier ; des matières septiques provenant des décompositions ; en voilà assez pour produire les désordres que nous avons constatés. Les lésions se sont produites dans le gros intestin, mais elles auraient pu aussi bien se produire dans l'intestin grêle, comme dans le cas de Contat, ou dans l'estomac, comme dans celui de Carlotti.

5. Du côté du foie, de la rate et des reins, on peut observer aussi des complications. Déjà, à propos de l'anatomie pathologique, nous avons donné une idée des lésions que l'on pouvait

rencontrer dans la rate ; mais, en somme, ces altérations n'entraînent avec elles aucun symptôme appréciable, et il est difficile de les diagnostiquer.

Le foie qui devient mou, graisseux, qui a un aspect lavé, peut, dans des conditions assez rares, présenter des abcès ; mais ce n'est toujours qu'après un temps très long. Les abcès du foie n'évoluent pas à la Guyane avec la même rapidité qu'au Sénégal. Je me rappelle avoir donné des soins, au Maroni, à un chercheur d'or. Il présentait de la fièvre avec point hépatique. Je croyais encore à la fièvre paludéenne avec ses formes les plus protéiques. Je donnais de la quinine, et rien n'arrêtait la fièvre ni la douleur au niveau du foie. Je pensais encore que le foie fonctionnait beaucoup et j'essayais par la quinine et d'autres moyens à modérer son action ; je me trompais. Après avoir reconnu l'inefficacité de mon traitement, je le changeai et j'administrai un ipéca pour stimuler les organes et surtout l'organe hépatique. Le malade se rétablit promptement. Je lui recommandai de rentrer en France et de ne plus retourner dans les placers. Il refusa d'écouter mes conseils et s'exposa comme de plus belle au refroidissement et aux fatigues inhérentes à son métier. Huit mois après, il venait mourir à Cayenne d'un abcès du foie communiquant avec les poumons. Etait-ce un abcès du foie consécutif à la fièvre intermittente, dite paludéenne, ou à la fièvre inflammatoire? Je croirais plus volontiers à la seconde opinion.

Du côté des reins, on peut observer des complications. Il peut exister de la néphrite ; quelquefois, en effet, pendant la convalescence des cas insidieux du troisième degré, on remarque des tubuli. Le tissu rénal peut s'altérer et on peut observer des néphrites parenchymateuses.

Il n'est pas impossible d'observer des hémorrhagies ; mais, pour ma part, je n'en ai pas vu.

*Complications se rapportant aux téguments, aux tissus et aux os.* — Du côté de la peau, on rencontre souvent des abcès, des furoncles et des anthrax, et différentes éruptions accidentelles, telles que le lichen tropicus et l'eczéma. Les panaris ne sont pas rares.

On remarque souvent des abcès volumineux qui se développent rapidement et qui ne présentent ni chaleur, ni rougeur ; ils laissent s'écouler un liquide sanieux, rougeâtre et purulent,

toujours très fétide; ces abcès s'ouvrent très vite au dehors quand on ne les devance pas avec le bistouri ; ils mangent, pour ainsi dire, la peau, qu'on me passe cette expression qui rend assez bien compte du fait, quelquefois sur une assez grande surface et de dedans en dehors.

On voit, dans quelques cas, se développer des érysipèles suivis de gangrène. C'est surtout à la face qu'ils se développent. On invoque souvent la piqûre d'insectes la plupart du temps inoffensifs et souvent cette piqûre n'existe pas; il vaudrait mieux, à mon avis, invoquer une cause interne de la nature de celle que nous étudions. Les lymphatiques et les ganglions peuvent se prendre, ce qui rend compte de ces poussées érysipélateuses qu'on observe aux membres inférieurs avec développement considérable du tissu cellulaire, ainsi que des adénites et des orchites qui ne sont pas rares.

Avec la période fébrile, il se développe quelquefois sur les conjonctives de véritables taches ecchymotiques qui, en disparaissant, laissent une teinte jaune. Les conjonctivites sont très fréquentes pendant ou après les épidémies de fièvre inflammatoire, surtout quand règne en même temps une constitution catarrhale. Elles ont pour caractère principal d'être contagieuses et de présenter dans les douleurs de véritables intermittences; les douleurs sont plus fortes la nuit.

On observe dans quelques cas de l'emphysème sous-cutané sans cause apparente.

Enfin, il n'est pas rare d'observer une tendance à la pyoémie. On est souvent étonné de rencontrer à l'autopsie des hommes morts de fièvre inflammatoire du pus dans les articulations, dans les cavités séreuses et même dans les tissus. C'est une véritable infection purulente, sans traumatisme, sans plaie extérieure ; cette tendance à la formation du pus est manifeste dans la fièvre inflammatoire.

On sait que les fièvres typhoïdes se compliquent quelquefois de phlegmasies gangréneuses plus ou moins étendues. Si nous démontrons que la fièvre inflammatoire est comme la fièvre typhoïde une maladie générale, on pourra bien admettre que l'une pourra produire des désordres analogues à l'autre.

Dernièrement, nous remarquions dans le service de M. le médecin en chef Duplouy, professeur de clinique chirurgicale

à l'école de médecine navale de Rochefort, un jeune matelot qui n'était porteur d'aucune diathèse et qui pourtant était atteint d'ostéite chronique de l'humérus du côté droit et du fémur du côté gauche. Notre éminent professeur, qui montrait ce malade à sa clinique, rapporta l'affection dont le sujet était porteur à une fièvre muqueuse qu'il avait eue quelques années auparavant.

Je pensai alors à ces cas si nombreux d'ostéite, de périostite et de phlegmons diffus, qu'on observe tous les jours à la Guyane, sans pouvoir les expliquer d'une manière satisfaisante, et qu'il serait si facile d'interpréter en tenant compte de la fièvre inflammatoire qui les précède souvent.

Un homme entre à l'hôpital avec la fièvre et sous l'influence de l'air méphitique respiré à l'hôpital même, la fièvre augmente d'intensité; au bout de quelques jours, on remarque un gonflement œdémateux de la jambe, et au bout de 48 heures, on voit une immense surface qui va se gangréner et qui laissera à nu une vaste plaie suppurante. D'autres fois, l'escharre, en tombant, a laissé à découvert une partie d'os qui se nécrose. Ce serait là une explication bien plausible de l'ulcère phagédénique des pays chauds, encore inexpliqué à la Guyane, où il est très fréquent. M. Chapuis en a observé 2,812 cas sur 8,373 transportés admis en 1861 dans les hôpitaux de la colonie.

Il faut, en effet, avoir observé à la Guyane pour se rendre compte du nombre d'ulcères et de plaies gangréneuses qui se développent souvent à l'hôpital même. La cause proviendrait, par conséquent, de l'état dyscrasique irritant du sang, et l'ulcère ne serait qu'une complication secondaire. On pourrait ainsi expliquer tous ces cas de phlegmons diffus, d'ostéite et de périostite, et même d'onyxis, que notre ami, M. le Dr Maurel, a parfaitement bien étudiés, mais pour lesquels il a eu le tort, à notre avis, de ne pas tenir compte de cette sorte de diathèse amenée par ces maladies inflammatoires.

Nous venons d'étudier la manifestation active, soudaine pour ainsi dire, de ces intoxications spéciales. Elles présentent encore des manifestations plus lentes; elles agissent, elles aussi, comme des empoisonnements à froid, pour me servir de l'expression de M. Jules Rochard, et déterminent alors des cachexies. Je suis persuadé, pour ma part, qu'il est beaucoup de cachexies appelées vulgairement paludéennes, auxquelles il vaudrait

mieux donner un nom générique quelconque, cachexie miasmatique ou autre, pour ne pas préjuger la cause qui leur a donné naissance.

Le béribéri, affection encore si peu connue et sur laquelle on discute beaucoup, pourrait bien n'être qu'une cachexie de cette nature. A ce propos, sans parler du remarquable article traitant ce sujet, publié par MM. Fonsagrives et Leroy de Méricourt dans les Archives générales de médecine de 1861, et pour ne parler que de ce qui a été observé à la Guyane, qu'il me soit permis de citer un rapport de M. Kérangal sur cette question.

« Le 10 du mois de décembre 1865, entrait en rade de Cayenne le *Duguay-Trouin*, bâtiment de commerce, amenant un convoi de travailleurs indiens, au nombre de 400. Ce bâtiment fut d'abord mis en quarantaine d'observation de huit jours. Une vingtaine d'hommes entrèrent à l'hôpital atteints de béribéri. Cette maladie ne s'était déclarée sur eux qu'à la fin de la traversée, comme cela arrive d'ordinaire, probablement sous l'influence de l'encombrement, de la mauvaise nourriture et du peu de soins qui les entoure. Il m'a semblé reconnaître la marche des hydropisies essentielles, faisant infiltrer le mal dans toutes les parties du corps à la fois, mais surtout à l'épigastre et à l'hypogastre. Ce même épanchement peut disparaître et reparaître dans le cours de la même maladie.

« Le symptôme le plus grave pour moi est la grande gêne apportée à la respiration, et cette gêne existe souvent chez un sujet qui présente fort peu d'infiltration apparente. Cette dyspnée, paraissant par accès qui s'accompagnent d'une toux sèche, a fait penser que la mort était peut-être déterminée par une infiltration de la glotte et de l'ouverture pharyngienne du larynx. Je dois dire que sur un des malades qui ont succombé, dont nous avons examiné le larynx, nous n'avons jamais rien trouvé qui pût nous faire confirmer cette assertion, tandis que nous n'avons jamais manqué de trouver le cœur nageant dans une énorme quantité de sérosité qui distendait le péricarde, et dans le cœur d'énormes caillots déjà organisés avant la mort du sujet ; pour nous, voilà la cause certaine de l'asphyxie et de la mort.

« L'innervation n'est nullement atteinte dans cette affection ; les malades conservent leur intelligence jusqu'au dernier moment. Il y a un peu d'agitation : elle est due simplement à la gêne de la respiration. L'appétit est toujours le même jusqu'à l'agonie. La circulation présente des irrégularités incroyables; lorsque la maladie est avancée, le pouls se sent à peine. Cependant, si vous venez à parler au malade et à le faire sortir de sa torpeur, le cœur se ranime, le pouls devient assez fort et monte à 120 ou 130 pulsations, de 60 qu'il avait, pour redevenir quelques instants après filiforme.

La chaleur diminue à mesure que l'hydropisie augmente. Les battements du cœur sont d'autant plus sourds que la sérosité du cœur est plus abondante. Il semblerait que le cœur a de la peine à chasser le sang artériel dans l'aorte et surtout dans l'artère pulmonaire. Seraient-ce ces énormes caillots, que nous avons trouvés dans toutes les autopsies de béribéri, qui gêneraient le jeu des valvules et feraient ainsi arriver dans les artères du sang incomplètement artérialisé ? d'où reconstitution insuffisante des matériaux chassés par les sécrétions et les excrétions, et par suite désordre dans les grandes fonctions physiologiques. Nous trouvons, il est vrai, ces mêmes caillots dans la plupart des maladies de la Guyane, dans l'anémie très avancée, mais ils ne donnent pas lieu aux mêmes symptômes ou du moins à des symptômes aussi aigus.

« Les autopsies que nous avons faites à la Guyane ont un peu différé de celles indiquées par les auteurs. Les épanchements internes sont plus ou moins étendus dans les méninges, dans les plèvres et le péritoine ; ils manquent quelquefois. Quant au péricarde, nous l'avons toujours trouvé distendu par une énorme quantité de sérosité. Le sang est aqueux, rutilant, couleur groseille, quelquefois noirâtre; l'infiltration des poumons s'est souvent rencontrée. Le volume de la rate, loin d'être diminué, s'est toujours trouvé double ou triple de son état normal; elle était souvent, ainsi que le foie, fortement indurée. La vessie a été le plus souvent trouvée vide; une fois, elle contenait une certaine quantité d'urine. Le cerveau et la moelle épinière ont été trouvés ramollis dans un cas, indurés dans les deux autres. Le cerveau et les méninges sont plus ou moins congestionnés, comme dans toutes les asphyxies. Enfin, toujours des caillots dans le cœur, ce que l'on remarque dans presque toutes les autopsies faites à la Guyane, surtout sur des sujets qui succombent à une anémie profonde; caillots qui ne sont pas dus seulement à un ralentissement de la circulation, mais à une altération profonde quelconque du sang, qui fait que ce fluide a la plus grande tendance à déposer sur un point quelconque de l'arbre circulatoire ses éléments fibrineux.

« Rien de particulier dans le tube digestif. Les poumons offrent quelquefois des traces de congestion passive. Le cœur présente une hypertrophie excentrique du côté droit, due évidemment à la gêne apportée au jeu des valvules par la présence des caillots.

« Quant au sang, il est assurément altéré dans ses éléments. D'après M. Bonnet, qui l'a examiné au microscope, les globules sont désorganisés, altérés dans leurs formes et presque complètement décolorés; les globules blancs sont plus nombreux.

« Le traitement est des plus simples, et réussit dans la plupart des cas, si les malades sont à terre et sont traités dans un hôpital où tous les soins sont réunis autour d'eux. Il paraît qu'à la mer aucun traitement ne réussit

et que la plupart des malades succombent. Aussi, le premier soin d'un capitaine, dont l'équipage se trouve pris du béribéri, est de relâcher au premier endroit venu.

« A Cayenne, le traitement consiste en tisanes nitrées, 2 à 3 pilules d'Anderson pour tenir le ventre libre et maintenir l'appétit qui, du reste, ne faiblit pas; à appliquer un large vesicatoire sur la région du cœur et faire des frictions sur tout le corps avec le baume opodeldoch. »

J'ai tenu à rapprocher cette description du béribéri des faits que l'on observe assez souvent à la Guyane. M. Kérangal pense que cette maladie est due à l'influence paludéenne, aux émanations des cales des navires. N'est-ce pas là une exagération de la doctrine du paludisme? Ne peut-on pas admettre un miasme animé dû à l'encombrement et aux mauvaises conditions hygiéniques? Mais je tiens à faire une réflexion qui paraîtra peut-être hasardée; elle porte sur la nature de ce miasme. Les navires qui transportent les coolies de l'Inde en Amérique ne les prennent le plus souvent qu'après en avoir rapatrié des Antilles et de la Guyane. Il est très possible qu'au retour dans l'Inde des fièvres inflammatoires sévissent sur les rapatriés et développent des germes. Dans l'Inde, les navires ne sont probablement pas parfaitement nettoyés. Les coolies que l'on embarque pour les pays d'Amérique n'étant pas toujours dans de très bonnes conditions de santé et trouvant un milieu peu convenable, contractent une maladie spécifique entraînant à la paralysie ou à l'hydropisie et qui n'est autre que le béribéri. Il n'est donc pas besoin de faire intervenir l'action du marais nautique; les germes existent sur les navires mal tenus et leur puissance d'action paraît en rapport avec leur degré de concentration. Ils agiraient d'abord en provoquant la fièvre inflammatoire qui, à la longue, pourrait amener un retentissement sur les organes hématopoiétiques; ce qui expliquerait la forme hydropique ou bien pourrait agir sur l'axe médullaire en déterminant une lésion des cellules des cornes antérieures, ce qui rendrait compte de la forme paralytique.

On voit souvent à la Guyane des coolies à peine arrivés dans les placers mourir subitement d'hydropisie généralisée. Mais il faut remarquer que presque toujours ces hommes ont quitté le chef-lieu déjà malades et en proie à la maladie qui les emporte, parce qu'ils ont été brusquement exposés au froid, à

l'humidité et à une mauvaise nourriture. Ceux d'entre eux qui arrivent sur les placers, en bonne santé, non seulement apparente, mais réelle, ont bien des chances de se bien porter. Ce que je dis des coolies s'applique à toute personne quittant Cayenne pour aller dans les placers. Pour étayer notre opinion nous remarquerons que le béribéri est très fréquent à Cuba où la fièvre jaune, et à plus forte raison la fièvre inflammatoire, est endémique. On lui donne le nom de maladie des sucreries.

C'est pour en arriver à ces considérations pratiques sur lesquelles je ne veux pas m'appesantir davantage que j'ai entrepris de parler du béribéri comme d'une complication possible de la fièvre inflammatoire.

Le scorbut doit se rapprocher naturellement du béribéri. Si l'on consulte l'historique que nous avons donné aussi complet que possible, dans le but de baser notre opoinion sur des faits acquis depuis un grand nombre d'années, on est frappé du nombre de cas de scorbut qui se développent aux Iles du Salut. M. Chapuis, dans le 1er trimestre 1862, constate qu'il y a eu aux Iles du Salut moins d'entrées, mais plus de moitié de décès pour plaies, ulcères, dysentéries et scorbut.

« Il est difficile, dit-il, de déterminer à quelle cause sont dues ces différences à un intervalle si rapproché. Il faut reconnaître que nous traversons une période malheureuse, comme on doit s'attendre à en voir quelquefois dans une réunion d'hommes qui se renouvellent sans cesse, mais dont le premier noyau accumule chaque année les effets délétères de l'influence du climat, effets qui se manifestent à un moment donné, sans que rien ne provoque cette explosion au moment où elle éclate, de sorte qu'elle resterait inexpliquable si on en cherchait la cause dans les circonstances présentes, au lieu de se porter en arrière. Les influences endémiques n'agissent donc ici que d'une manière déterminée en affaiblissant la constitution ; c'est alors une cause prédisposante à laquelle viennent s'ajouter plus tard des causes déterminantes analogues à celles qui agissent dans les prisons, les bagnes, au sein d'une armée, à bord d'un vaisseau et qui sévissent avec d'autant plus d'intensité qu'elles ne trouvent ici que des organismes affaiblis, des constitutions détériorées. »

L'opinion d'un homme aussi compétent que M. Chapuis, que

nous avons pris soin de reproduire, nous dispense de tout commentaire. M. Chapuis est obligé d'invoquer le miasme humain pour expliquer la plus ou moins grande fréquence des plaies, des ulcères, de la dysentérie et du scorbut. Aussi toutes ces complications peuvent-elles être le fait de la fièvre bilieuse inflammatoire dont la cause est, selon toutes probabilités, un germe animé.

Pour résumer toutes les digressions que nous avons faites à propos des complications, nous dirons qu'elles nous paraissent toutes en rapport avec l'altération du sang sous l'influence d'une cause infectieuse. Elles peuvent se manifester pendant la maladie ou la convalescence en agissant localement sur certains organes; ou bien elles se montrent à longue échéance sous forme de maladies générales.

Nous avons terminé la description de la fièvre dite bilieuse inflammatoire. Peut-être serons-nous accusé d'exagération? Peut-être trouvera-t-on que nous avons chargé le tableau ? Nous nous attendons à ce reproche et nous nous y soumettons.

Cependant il y a bien longtemps que nous faisons des réflexions sur la maladie que nous venons de décrire et plus nous marchons dans cette étude, plus nous trouvons la question bien simple. Notre opinion est soutenable, car elle est basée sur des faits observés scrupuleusement et consciencieusement. Si nous n'avons pas d'autre mérite nous avons au moins celui de n'avoir rien négligé pour nous éclairer.

Tout nous paraît clair, avec l'idée que nous avons de la maladie; tout, au contraire, nous paraît diffus, avec les idées reçues sur les fièvres paludéennes.

Nous allons bientôt essayer de rechercher la cause de la fièvre inflammatoire et de voir en quoi elle se sépare de la fièvre dite paludéenne. Si nous ne trouvons pas cette cause, si nous ne pouvons la saisir dans son essence même, il n'en sera pas moins établi, par tous les faits que je viens de faire passer sous les yeux du lecteur, que la fièvre bilieuse inflammatoire est une maladie endémique à la Guyane, qu'elle est probablement de nature infectieuse, c'est-à-dire qu'elle trouve dans ce pays toutes les conditions pour se développer et s'étendre, et en même temps contagieuse, c'est-à-dire transmissible au dehors. Il sera enfin établi qu'elle tient sous sa dépendance directe beaucoup

de complications qui sont souvent considérées à tort comme des maladies ordinaires, nées de causes banales. Ces complications méritent d'être bien connues, d'abord pour le médecin qui comprendra mieux la nature du mal et pourra mieux l'atteindre; pour l'hygiéniste, qui pourra prendre les mesures de précaution nécessaires pour empêcher le fléau de s'étendre ou de se développer sur place et enfin pour l'administration, qui pourra accorder une pension à une veuve dont le mari aura succombé à une maladie véritablement endémique.

---

# CHAPITRE VIII

## Étiologie.

Nous abordons la partie la plus délicate et de beaucoup la plus difficile de ce travail, celle qui a trait à l'étude des causes, et nous n'entendons pas seulement parler des causes banales et accessoires dont il faut certainement tenir compte, mais qui ne sont point suffisantes pour expliquer la genèse des maladies ; nous tâcherons de deviner et de pénétrer la nature même des causes primordiales. Si nous ne parvenons pas, ce qui est probable, à trouver le véritable corps du délit, au moins nous pourrons peut-être montrer dans quel ordre il faut le rechercher ; nous ferons voir les horizons qui nous paraissent ouverts et nous indiquerons la route à suivre pour les recherches ultérieures.

L'histoire des maladies des pays chauds est encore bien obscure, et elle ne pourra s'élucider que le jour où l'on renoncera à ne s'occuper que d'un symptôme pour étudier la maladie en elle-même, dans sa nature et ses affinités avec les espèces voisines ; quand enfin on cherchera à connaître les relations qui existent entre les différents symptômes qui paraissent souvent disparates, et qui, dans bien des cas, dépendent d'une seule et même cause, et ne sont que la conséquence du même processus, qui s'est localisé dans un point plutôt que dans un autre.

Il faudra s'attacher à faire rentrer les cas rares dans les faits communs ; là est toute la clef de la pathologie.

Si l'on se rapporte au long historique que nous avons donné des maladies qui précèdent, accompagnent ou suivent les épidémies de fièvre jaune, on voit qu'elles présentent des caractères particuliers qui ne sont pas toujours bien tranchés et qui peuvent induire en erreur. Aussi, on voit les observateurs différer d'opinion sur la nature de maladies à peu près identiques. Les uns se basent sur la bénignité relative de la maladie et sur la moins grande rapidité d'évolution ; les autres sur la forme plus rémittente de la fièvre ou sur les rechutes qu'elle est susceptible de présenter.

Pour bien fixer les idées à ce sujet et tirer tout de suite une conclusion légitime de tous les faits que nous avons soigneusement enregistrés dès le commencement de cet ouvrage, nous n'avons qu'à prendre quelques exemples.

Nous voyons, en 1858, M. Chapuis établir que sur un point de la Guyane, qui a toujours été regardé comme un des plus salubres, les Iles du Salut, il existe une cause inconnue, sous l'influence de laquelle la maladie se développe chaque fois qu'elle trouve un nouvel aliment, et qu'à chacune des époques la maladie frappe non seulement les nouveaux arrivés, mais encore accidentellement quelques hommes habitant la colonie depuis plus ou moins longtemps, mais se trouvant au milieu des foyers épidémiques. Il dit qu'il y a eu deux apparitions de fièvre jaune coïncidant toutes deux avec l'arrivée d'un convoi de transportés venant de France, et sévissant sur le petit nombre des nouveaux arrivés, qu'on était obligé de laisser aux Iles du Salut. Sachant ce qui se passe d'ordinaire à la Guyane, nous sommes en droit de penser que la fièvre jaune n'avait point totalement disparu dans l'intervalle des deux convois, mais que les foyers subsistaient et que les formes avaient un peu varié. Notre conclusion est basée sur ce fait qu'à mesure que l'on s'éloigne du moment de l'arrivée des nouveaux transportés, la maladie paraît moins grave, et les cas ne présentent plus cette marche rapide et cette terminaison funeste. C'est qu'en effet le poison semble s'épuiser de lui-même quand il n'a plus de victimes toutes prêtes; mais il reste à l'état latent et ne disparaît que d'une manière incomplète. Il ne meurt point tout à fait; il perd de sa force. Un autre enseignement à tirer de cette partie de l'historique, c'est que la fièvre jaune ne règne à ce moment même qu'aux Iles seulement et nullement sur d'autres points moins salubres de la colonie.

En 1873, M. Senelle, qui a longtemps pratiqué à la Guyane, et dont l'autorité ne peut être contestée, fait remarquer que dans l'épidémie de fièvre jaune qui a sévi aux Iles du Salut, pendant le premier trimestre, les débuts ont été insidieux au point que le médecin de première classe, chargé du service de santé sur ce pénitencier, attribue les deux premiers décès, l'un à une fièvre infectieuse à forme typhique et l'autre à une fièvre pernicieuse à forme ataxique, caractérisant les cinq premiers

cas de fièvre infectieuse à forme typhique. « M. le chef de service de santé, ajoute M. Senelle, ne fait dater le premier cas de fièvre jaune que du 29 décembre, et il le constate chez un transporté arrivé dans la colonie depuis trois mois, et employé comme infirmier dans l'hôpital militaire où étaient couchés des soldats atteints de cette fièvre. Je n'ai jamais admis cette manière d'interpréter les faits. Si l'infirmier, chargé de faire le service dans la salle des militaires, a contracté la fièvre jaune, c'est que ces militaires l'avaient. »

En 1873, la fièvre jaune apparaît sur le pénitencier du Maroni ; elle manifeste ses effets sur le personnel libre et les militaires. Après une première poussée assez forte, elle diminue d'intensité, et c'est à ce moment que M. Dupont a observé une maladie qu'il a décrite sous le nom de fièvre rémittente dans la zone torride, s'inspirant du mémoire de M. L. Colin sur la fièvre typhoïde palustre. A l'autopsie, on constatait l'intégrité des plaques de Peyer et des ganglions mésentériques. La maladie qu'a observée notre collègue est la même que celle que nous décrivons sous le nom de fièvre inflammatoire. Nous ne voulons point lui disputer le nom, mais bien la nature sur laquelle, du reste, il ne se prononce guère.

En 1876, M. Maurel observe au Maroni la fièvre à rechutes et la typhoïde bilieuse, après une épidémie de fièvre jaune signalée par M. Alavoine.

M. Infernet, succédant à M. Maurel, constate une maladie avec un terrible caractère épidémique, qu'il appelle alternativement fièvre à rechutes, typhoïde bilieuse et enfin typhus amaril.

En 1877, j'ai observé les mêmes fièvres que mes prédécesseurs, et j'ai vu les rapports directs qu'elles présentaient avec la fièvre jaune.

On peut voir, en effet, par mes rapports détaillés, comment, par l'observation et l'analyse rigoureuse des faits, j'ai été amené à établir la relation de ces fièvres décorées de tant de noms différents avec la fièvre jaune véritable.

La marche spéciale de la maladie, l'état épidémique sous lequel elle se présente et la contagiosité, voilà déjà autant de faits bien établis qui nous guideront dans l'étude que nous avons à faire sur la nature de ces fièvres, et nous voyons déjà de quel côté nous devons diriger nos investigations.

Quoi qu'il en soit, nous allons discuter les principales théories capables de nous expliquer tous les phénomènes qui se rapportent à la maladie que nous avons cherché à dépeindre.

Au point de vue de la cause, deux théories peuvent être mises en présence : la théorie du germe contage et la théorie paludéenne ou tellurique. Il nous faut dire quelques mots de chacune d'elles avant de rechercher celle qui s'adapte le mieux à l'explication de la fièvre bilieuse inflammatoire.

### A. *Théorie du germe contage.*

Si l'humanité doit aux notions théoriques, acquises par Ampère sur les courants électriques, la méthode de télégraphie la plus merveilleuse, elle doit aux recherches de M. Pasteur les méthodes chirurgicales antiseptiques. Elle lui devra bientôt, nous osons l'espérer, la méthode antiseptique dans les maladies internes.

De la comparaison sérieuse de l'action du ferment avec ce qui se passe dans quelques maladies contagieuses, est née la théorie du germe morbifique.

Leuvenhoeck, dès le commencement du siècle dernier, avait découvert avec son microscope très imparfait, dans divers produits organiques, tels que les matières intestinales et le tartre dentaire, de petits corps filiformes, extrêmement minces, qui reçurent plus tard le nom de vibrioniens, en raison de la motilité dont ils sont doués. On n'aperçoit en eux nulle organisation distincte, appréciable même aux instruments actuels. Les uns ont des mouvements vacillants, non flexueux, autour de leur centre et de leurs extrémités, ce sont les bactéries. Les autres, des mouvements ondulatoires, ce sont ceux du genre vibrio. D'autres se meuvent en spirale, ce qui leur a valu le nom de spirilla.

M. Pasteur découvrit qu'en apportant de profondes modifications dans la constitution chimique des milieux où ces organismes se développent, ils devenaient les agents d'un grand nombre de fermentations.

Les vibrioniens se classent en catégories très diverses par la manière dont ils se comportent avec les milieux. Les uns ne vivent que dans l'oxygène et l'air libre, ce sont les aérobies de

M. Pasteur ; les autres ne prennent l'oxygène qu'en l'enlevant à des combinaisons organiques dont ils font partie, ce sont les anaérobies. On en voit qui résistent à une température de plus de 100° et d'autres qui périssent à moins de 50. Il en est de même de la dessiccation qui tue ceux-ci et que ceux-là subissent sans périr. Ce qui, en l'absence de tout autre caractère, fait reconnaître en eux des distinctions profondes, c'est le mystérieux caprice qui les dirige dans le choix de leur habitat.

Les variétés de propriétés révèlent chez les vibrioniens des variétés d'espèces tout aussi distinctes que si elles s'exprimaient par des caractères appréciables à la vue.

En 1850, M. Davaine avait signalé dans le sang des animaux atteints de sang de rate, la présence d'un vibrionien immobile, qu'il appela bactéridie. Cette découverte, éclairée et développée par M. Pasteur, fournit une application frappante à la théorie moderne du gerbe morbifique.

Pour répondre à l'objection posée par M. Chauveau, déclaant qu'il serait disposé à voir le contage dans la bactérie, si l'on parvenait à laver le vibrion de tout soupçon de contamination de la part du sang de l'animal charbonneux, M. Pasteur a fait des cultures. Il s'est assuré d'un liquide capable d'offrir un habitat convenable au vibrion ; il l'a trouvé dans l'urine. Il s'est servi de ce liquide pour cultiver la bactéridie et l'y faire passer par un nombre de lavages et de générations assez grand, pour qu'il fût impossible qu'il lui restât rien du liquide au sein duquel elle avait été originellement reconnue. Ainsi lavée et purifiée, la bactérie inoculée a produit le charbon ; et, d'un autre côté, le liquide dans lequel elle avait été cultivée, filtré convenablement, a pu être injecté sans donner la maladie.

Pour dissiper tous les doutes, M. Pasteur pousse la dilution à un degré très élevé. On mélange d'abord une gouttelette, une trace de sang charbonneux, avec une quantité notable d'urine parfaitement pure ; puis, quand la bactéridie a pullulé dans ce nouveau véhicule, on y prend une nouvelle gouttelette qu'on dépose dans une même quantité de liquide, également pur ; on renouvelle cette expérience dix fois, vingt fois, cent fois, autant de fois que l'on veut ; supposons qu'on l'ait fait dix fois et que la gouttelette fût la centième partie du liquide : la gouttelette primitive serait au liquide obtenu comme 1 est à un nom-

bre représenté par 1, suivi de dix zéros. Si l'opération a été renouvelée cent fois, la fraction serait représentée par 100, élevé à la centième puissance, c'est-à-dire 1 sur 1 suivi de cent zéros.

Jamais, pour M. Pasteur, un liquide privé de bactéridies n'a pu communiquer le charbon. Si l'on ne trouve pas de bactéridies dans le sang capable de communiquer le charbon, c'est que le microscope est souvent insuffisant à en dévoiler la présence. Mais on a un moyen de contrôle, en ensemençant dans un liquide nutritif pur, à l'abri du contact de l'air, une gouttelette de ce sang virulent qu'on suppose privé de bactéridies; n'y en eût-il qu'une seule, elle se fût bientôt multipliée à ce point qu'il eût été impossible de ne pas admettre qu'elle préexistait dans le sang.

Les propres expériences de M. Pasteur lui ont encore démontré que les bactéridies, à l'état de filaments, possèdent des propriétés différentes de celles dont elles jouissent à l'état de germes. La putréfaction n'exerce aucune influence sur les germes.

Si l'on considère ce qui se passe dans le département d'Eure-et-Loir toutes les fois qu'un animal y meurt du charbon, on voit qu'avant d'enfouir l'animal le berger le dépèce afin de vendre la peau. Or, cette peau fait un certain voyage, durant lequel elle humecte de sang certaines parties du sol, d'où la production de germes qui existent et persistent dans la terre. Si l'on suppose la possibilité d'une culture au moyen des matières animales, albumine et urine, on comprendra aisément combien l'existence de germes est manifeste et leur multiplication abondante. M. Pasteur pense que la terre des couches profondes, après l'enfouissement d'un animal, provoque facilement la septicémie, tandis que la terre de la surface donne au contraire, et de préférence, le charbon. Si l'intérieur d'un animal charbonneux se putréfie, est-ce que tout autour de lui la terre ne s'imprègne pas du sang qui n'est pas dans les conditions de la putréfaction ?

Pour M. Pasteur, la médecine et la chirurgie se trouvent aujourd'hui dans une époque de transition et de crise. Deux courants les entraînent. Une doctrine vieillit et l'autre naît : celle qui vieillit et qui s'effondre, mais qui compte encore un nom-

bre immense de partisans, c'est la doctrine de la spontanéité des maladies transmissibles. L'autre est la théorie des germes avec toutes ses conséquences légitimes. Il ne nie pas les idées anciennes sur les germes supposés. Ce qu'il tient à mettre en évidence, c'est l'existence démontrée du germe, grâce aux travaux modernes.

Il ne croit pas qu'il y ait des états épidémiques en dehors de cette circonstance de la plus ou moins grande abondance de germes. Cette idée, M. Pasteur l'a puisée dans la maladie des vers à soie, et il ne pense pas que ce mot, pays infecté, état épidémique, ait été prononcé plus souvent qu'à l'époque de l'épidémie des vers à soie, en 1865. Deux ans après, il a démontré qu'il était aisé de préparer de la graine de vers à soie parfaitement saine, et que cette graine, cultivée l'année suivante, ne périssait jamais de la maladie régnante. Prenons une graine exempte du corpuscule qui fait la maladie : élevée dans une chambre située au milieu d'autres chambrées semblables, elle se développe, subit ses diverses phases et aboutit à l'existence de papillons corpusculés, sans qu'aucun ver présente la maladie. Eh bien ! dans ce cas, les parents de ces vers avaient seuls présenté la maladie. Qu'on fasse maintenant de la graine avec ces papillons corpusculés, et les vers mourront avant la formation des cocons. Grâce à des mesures spéciales, on a obtenu des chambrées de plus en plus parfaites, et on est parvenu à détruire complètement la maladie, notamment dans le département du Gard. Supposons une personne expérimentant avec des graines qu'elle isolera des personnes ambiantes, les papillons ainsi obtenus seront parfaitement sains ; si, au contraire, les graines saines sont cultivées dans un endroit rapproché d'un lieu où se trouvent agglomérées des graines malades, on verra apparaître la maladie chez les vers.

M. Pasteur a recueilli dans plusieurs services des hôpitaux de Paris, et particulièrement dans celui de M. Guérin, une certaine quantité de pus qui, à l'examen microscopique, a décelé la présence d'organismes. Il s'agissait de globules réunis les uns aux autres, au nombre de cinq à six, présentant un grand nombre de variétés et différant par leurs dimensions. Ces organismes avaient deux millièmes de millimètre.

Chez un cheval atteint d'un abcès que M. Bouley incisa,

M. Pasteur a retrouvé ce même organisme et en très grande abondance. Ces deux organismes étaient identiques. Il pense que tous ces organismes microscopiques se nuisent et exigent des milieux très purs et très favorables à leur développement.

Peut-on arriver à démontrer que telle ou telle maladie contagieuse ou infectieuse relève d'un organisme microscopique? C'est le problème que M. Pasteur s'est posé depuis longtemps et qu'il tient à cœur de résoudre. La bactéridie charbonneuse, le vibrion septique et le vibrion du choléra des poules constituent des découvertes heureuses, encourageantes et fécondes en déductions pathologiques et thérapeutiques.

En établissant l'identité des organismes ferments avec des corpuscules suspendus dans les milieux qui nous entourent, et en démontrant leur ressemblance avec d'autres organismes qui peuvent pénétrer dans l'être vivant, en prendre possession et en opérer la destruction d'une manière analogue à celle dont les ferments se comportent avec les liquides fermentescibles, M. Pasteur a ouvert des voies inconnues jusqu'à lui. L'étiologie et la thérapeutique s'y sont engagées et y ont trouvé pour la médecine et la chirurgie des indications dont l'humanité a déjà profité et pourra profiter bien plus encore.

On sait avec quelle imperturbable patience M. Pasteur est arrivé à discerner les organismes spécifiques d'un grand nombre de fermentations, comment, en les isolant par des cultures successives, il a trouvé et montré que tel organisme produisait une fermentation spéciale et pas d'autre, comme il l'a prouvé avec l'acide tartrique.

Si ce savant a trouvé des détracteurs, il a trouvé aussi des imitateurs. Le Dr Roberts, de Manchester, à l'aide de précautions prises contre l'intervention de l'air, avait conservé pendant plusieurs années dans des flacons d'où il avait chassé l'air, préalablement stérilisés par la chaleur, des liquides organiques très putrescibles, tels que de l'urine, du liquide pleurétique, du sérum de vésicatoire, sans leur voir subir la moindre altération. Il vint à ouvrir à l'air libre quelques-uns de ces flacons ; dans d'autres, il introduisit une quantité d'eau ordinaire ; bientôt après, il y vit se développer de nombreux vibrioniens. Dans une seconde expérience, il ne laissa arriver l'air ou le liquide contaminant à ses liquides putrescibles qu'à travers un filtre de

terre de pipe, et ceux-ci ne perdirent rien de leur parfaite limpidité.

C'est par une filtration semblable que M. Alph. Guérin prévient au moyen des pansements ouatés la fermentation putride.

Cependant la théorie du germe contage n'a pas été universellement admise. Certaines anomalies paraissaient fournir des arguments victorieux aux adversaires de cette doctrine.

Ainsi, on avait remarqué que des liquides organiques mis à l'abri de toute contamination, étaient envahis par la fermentation, après avoir subi une ébullition prolongée.

On avait vu aussi, de temps à autre, des épidémies charbonneuses prendre naissance et se développer dans des étables où la maladie avait sévi des mois et même des années auparavant, mais où on avait cru prendre toutes les précautions propres à détruire les contages; on sait pourtant que la bactéridie périt rapidement dans les milieux qui ne lui sont pas favorables.

Tout dernièrement, M. Paul Bert, dans une première série d'expériences, a soumis du sang charbonneux à une pression d'oxygène de dix atmosphères et à l'action de l'alcool concentré. La virulence a survécu à ces traitements, et l'expérimentateur en a conclu qu'elle ne pouvait pas dépendre de germes organiques figurés, qui n'y auraient certainement pas résisté.

Enfin, des inoculations de sang, soi-disant charbonneux, ont amené la mort sans qu'on puisse découvrir chez les animaux inoculés des traces de bactéridies.

Toutes ces anomalies ne sont point incompatibles avec la théorie du germe contage, et des observations minutieuses et persévérantes ont réussi à dissiper tous les doutes.

M. Davaine avait déjà remarqué que, dans les formes variées que peuvent revêtir les vibrions, les plus petits, les moins distincts, sont ceux qui résistent le plus aux causes de destruction. La même observation avait été faite par M. Roberts, de Manchester; il avait aussi avancé et cherché à prouver que des particules germinales pouvaient survivre à la température de l'eau bouillante.

M. Pasteur, le premier, a obtenu les corpuscules germes dans le groupe des vibrioniens. Dans son étude sur la maladie des vers à soie, publiée en 1870, il y a une planche qui représente

parfaitement cette formation des spores ou germes ou kystes, suivant le groupe où on place ces êtres. M. Pasteur est donc antérieur à Sanderson et à Koch, au point de vue des états particuliers que peuvent affecter les bactéries.

Le Dr Burdon Sanderson a cherché à expliquer la permanence de la contagion dans certaines étables par la supposition que les organismes du sang de rate existaient dans deux états, l'état de bactéries caduques telles qu'on les trouve dans le sang, et l'état plus résistant de semences ou de spores dans lequel ils peuvent se maintenir pendant un temps indéfini. Cette supposition s'accordait d'ailleurs avec le résultat des recherches de M. Dallinger et du Dr Drysdale. Ces messieurs avaient trouvé que certaines monades complètement développées périssent dans une température de 60°, tandis que leurs spores, si tenues qu'elles sont individuellement invisibles au plus puissant grossissement, peuvent encore germer après avoir été exposées pendant plus de dix minutes à une chaleur de 140°.

Ces observations, comme ces hypothèses, ont été confirmées et justifiées par les études faites au laboratoire de physiologie de Breslau, où le professeur Cohn observa des faits analogues chez les bactéries des infusions de foin qui avaient été bouillies. Il les vit d'abord naître de spores, passer ensuite par toutes les phases de leur croissance et retourner ensuite à l'état de spores. Il pensa qu'il en pouvait être de même de la bactéridie du charbon, et ses présomptions viennent d'être vérifiées par M. Koch, son élève.

Ainsi, il paraît bien démontré que la maladie charbonneuse est causée par l'introduction chez un individu sain d'un organisme vivant, provenant d'un autre individu infecté du même mal, que la transmission ait lieu directement ou par l'intermédiaire d'un insecte qui la transporte; la bactéridie, une fois introduite, se multiplie à l'infini et avec une telle rapidité que, selon M. Davaine, le nombre de ces contages peut dépasser celui des globules du sang en peu de jours.

Ainsi donc, la bactéridie paraît bien être la cause du charbon, mais ce procédé étiologique, par un vibrion, se retrouve encore dans la production d'autres maladies.

Dans la septicémie, c'est aussi un vibrion qui est l'agent morbifique, mais un vibrion à caractère et à aptitudes différentes.

Tandis que la bactéridie est immobile et ne vit que dans l'oxygène à l'état libre, qu'elle est, en un mot, aérobie ; le vibrion septicémique, comme un vrai ferment, est anaérobie, il vit et multiplie sans oxygène libre, et même il s'y flétrit et y prend très rapidement la forme de spores.

Il est encore une maladie très contagieuse, connue surtout en Ecosse et en Irlande, qui est caractérisée par la présence dans le sang de vibrioniens qui se meuvent en spirale ; ce sont les spirilles que M. Obermeier, de Berlin, a vus le premier, en 1868, chez des sujets malades de la fièvre relapse. M. Heydenreich, de Saint-Pétersbourg, a constaté que, chaque fois que la température s'élevait, soit pendant les grands paroxysmes, soit pendant les exacerbations momentanées durant le paroxysme ou à la fin de l'intervalle apyrétique, cette élévation était précédée de l'apparition des spirilles dans le sang. Ils disparaissaient peu de temps avant la crise, et ne se montraient pas pendant toute la durée de la période apyrétique.

A la fièvre typhoïde elle-même paraît être associée la présence d'un microphyte décrit en 1874, par le Dr Klein, c'est le micrococcus que l'on trouve soit isolé, soit aggloméré dans les selles typhoïdes, dans les tissus de l'intestin malade et dans les glandes mésentériques.

Indépendamment des organismes qui viennent d'être cités et qui présentent des formes et des propriétés capables de les faire reconnaître pour des êtres doués de vie, il en est d'autres beaucoup moins visibles encore qui sont tenus en suspension dans les liquides pathologiques à l'état de granules très fins, libres ou adhérents aux éléments cellulaires. Ces liquides, introduits à l'état de pureté dans le tissu conjonctif, y font naître une inflammation phlegmoneuse plus ou moins intense, qui se termine ordinairement par un abcès dans le point où a été pratiquée l'inoculation. Il a été prouvé que l'agent producteur de cette inflammation est certainement l'élément figuré contenu dans le liquide. En effet, si on parvient à séparer cet élément cellulaire ou granuleux du liquide ambiant, celui-ci, réduit au sérum et aux matières dissoutes, n'est plus apte à produire l'inflammation dans le tissu conjonctif ; il n'est plus phlogogène. Si, au contraire, après avoir fait passer ces éléments solides par des lavages successifs, on les mêle à un liquide inoffensif

tel que de l'eau pure, l'injection de cette eau ainsi chargée produit la même phlogose que l'introduction du pus lui-même.

Voilà donc la théorie du germe contage dans l'état actuel; elle paraît appuyée sur des bases solides et des faits précis. La voie est encore ouverte aux investigations, mais on peut dire qu'elle a été largement tracée par son promoteur le plus ardent et le plus infatigable, M. Pasteur, qui, tout dernièrement encore, dans la séance du 10 février 1880, présenta à l'académie de médecine un mémoire très intéressant sur la maladie vulgairement appelée choléra des poules.

La doctrine du germe contage avait été professée avant que la présence des particules figurées eût été démontrée dans l'organisme. Voici ce que Hildenbrand écrit dans son livre du typhus contagieux (1811) :

« Le typhus est toujours produit par contagion, c'est-à-dire par communication, d'une matière qui, comme les autres miasmes contagieux, occasionne chez un homme sain une fièvre particulière pendant laquelle se développe de nouveau le germe d'une maladie semblable. Tout miasme contagieux a la propriété : 1° de reproduire son analogue dans une maladie qu'il a occasionnée ; 2° de se répandre et de s'élever à l'infini, en vertu de ce développement secondaire, c'est-à-dire aussi longtemps qu'il existe une matière propre à recevoir le miasme et à en produire un nouveau. Ces deux propriétés lui sont communes avec les germes des animaux et des plantes. »

Le langage de nos jours n'a rien à changer à ces expressions ; c'est presque dans les mêmes termes que M. William Budd parle de « l'élément contagieux de la fièvre typhoïde, qui est le produit de sa propre reproduction dans le corps atteint de maladie, et en sort pour se répandre ailleurs. »

Déjà M. Budd avait été un des premiers, après Pellarin, Gietl de Munich et John Snow, à expliquer la propagation du choléra par la théorie du germe contage transporté dans les déjections.

Sir Thomas Watson a publié, en 1878, dans *la Revue du XIX^e^ siècle*, un plaidoyer en faveur de la théorie des germes :

« Comme la vie, dit-il, ne provient que de la vie qui l'a précédée, et comme, selon le verdict de l'expérience scientifique exacte, la génération spontanée n'existe pas ; de même, selon

l'affirmation du même témoignage, il n'y a pas, du moins à la présente époque du monde, d'origine spontanée pour aucune de ces maladies spécifiques (maladies zymotiques)... Elles ne peuvent naître que de la contagion... c'est-à-dire en étant transmises d'une personne à une autre par contact direct, ou par des particules de matières flottantes dans l'air, ou adhérentes aux vêtements, à la literie, aux murs, aux meubles, et mises à la portée de celui qui prend la maladie. Ces particules, plus ou moins nombreuses, constituent les contages. En langage populaire, on les appelle des germes, ou, par une démonstration plus simple et plus exacte, des semences, et chaque maladie de ce groupe a sa semence propre et particulière. »

M. Gueneau de Mussy fait remarquer que les changements que des causes banales peuvent apporter dans l'état physiologique donneraient peut-être l'explication de l'éclosion, en apparence spontanée, de certaines maladies qui se transmettent ensuite par contagion. Ces modifications physiologiques, dit-il, dépendent nécessairement de modifications histologiques correspondantes, et on conçoit que de ces dernières puisse résulter la constitution d'habitats convenables à certains contages, et il prend pour exemple la morve qui peut apparaître en dehors de tout mode de transmission saisissable, à la suite cependant de causes spéciales telles que le surmenage, l'alimentation défectueuse, de profondes et longues suppurations, en un mot de causes incontestables d'épuisement. Ne peut-on pas supposer que, dans ces conditions, il se produit dans les solides ou les liquides des changements qui aboutissent à la constitution d'habitats favorables à la réception du germe de la morve.

Le Dr Maclagan, dans une discussion qui eut lieu en 1874 à la société pathologique de Londres, sur la théorie du germe contage, a émis la proposition suivante : La spécificité de chaque affection contagieuse dépend de deux facteurs :

1° L'existence du contage ;

2° L'élection du tissu dans lequel le contage trouve quelque chose de spécifiquement nécessaire à sa fécondation et à la propagation distincte de son développement organique.

Nous ne suivrons pas le Dr Maclagan dans l'exposé de ses théories sur la multiplication du germe dans l'économie ; nous ferons seulement remarquer que depuis que, l'étude des fer-

ments a jeté de si lumineuses clartés sur des phénomènes que la science n'expliquait que par des conjectures, les prévisions de Robert Boyle et de Hildenbrand ont pris chez beaucoup d'auteurs le caractère de la réalité.

Les propriétés du contage variant suivant les degrés de développement des germes, suivant les conditions atmosphériques, la sécheresse ou l'humidité, etc., donnent autant d'explications plausibles à l'explosion inattendue d'une épidémie, à la prédominance de la fièvre dans une saison plutôt que dans une autre.

Avant d'aller plus loin et de discuter comment ces données nouvelles peuvent s'adapter à la fièvre bilieuse inflammatoire, il nous faut voir en quoi consiste la théorie paludéenne qui est encore adoptée pour la plupart des maladies des pays chauds.

### B. *Théorie paludéenne ou tellurique.*

La théorie paludéenne basée sur l'existence des marais doit impliquer la définition du marais. Les définitions qu'on en a données sont loin d'être claires et précises. Littré dit que c'est un terrain non cultivé, très humide ou incomplètement couvert d'une eau qui est sans écoulement.

« La constitution physique des marais, dit Michel Lévy, varie suivant les climats; ils ne se ressemblent ni par leur aspect, ni par la nature de leur fond; leur caractère commun est de favoriser le développement d'une certaine végétation et de servir de réceptacle aux doubles produits d'une pullulation organique sans fin et d'une incessante putréfaction. »

Les effets produits par les marais varient avec la composition des eaux qui les entretiennent; ceux d'eau douce sont les moins dangereux; les marais salés sont plus pernicieux, mais les plus redoutables sont les marais mixtes, c'est-à-dire ceux qui contiennent un mélange d'eau douce et d'eau salée.

Les marais contiennent des gaz et Mélier les accusait de tous les méfaits. Les auteurs de l'annuaire des Eaux disent également :

« L'insalubrité des localités marécageuses paraît principalement déterminée par la réaction des matières organiques sur les sulfates qui donnent naissance à des produits délétères, parmi lesquels on a signalé la présence du gaz sulfhydrique.

Cette réaction peut s'établir, non seulement par le mélange des eaux de mer avec les eaux douces, mais encore toutes les fois que les terrains contiennent des sulfates, des matières organiques, de l'eau et que la température est élevée. »

Mais ils ajoutent : « Rien ne prouve jusqu'ici que ce soit au gaz sulfhydrique qu'il faut attribuer les effets des émanations marécageuses. » Et en effet, dit M. Rey, dans le dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, s'il en était autrement, c'est-à-dire si le gaz hydrogène sulfuré produisait la maladie à lui tout seul, Bagnères, Cauterets, Labassère, Barèges, toutes les stations sulfureuses à température élevée devraient être d'épouvantables foyers de fièvre.

Nous emprunterons au traité des fièvres intermittentes de M. Colin les idées tour à tour émises sur le miasme paludéen; nous verrons comment il lui substitue d'une manière hypothétique, le poison tellurique pour expliquer les maladies les plus diverses qui prennent naissance en dehors des marais; on verra que c'est la théorie paludéenne élargie.

« Plus on avance dans l'étude des fièvres intermittentes, dit M. Colin, plus on voit que, si les marais produisent la fièvre dite palustre, ils sont loin d'en être la seule cause, dans la zone tempérée d'une part, spécialement sur les divers points du littoral méditerranéen de l'Europe et de l'Asie, ainsi que dans les vastes prairies de l'Amérique du nord; d'autre part, dans la plus grande partie des contrées tropicales, les fièvres intermittentes constituent les plus graves endémies, sans qu'on puisse invoquer souvent l'influence du voisinage d'une surface marécageuse.

« Plus que jamais donc il y a lieu de se demander, comme M. Bérenguier, si l'on n'a pas exagéré l'importance des effluves marécageux, en y voyant un miasme infectieux spécifique, qui ne saurait sortir d'autre part que d'un marais.

« Où le marais manquait, on a cherché à y suppléer par la constatation et souvent par l'hypothèse d'une nappe d'eau souterraine, constituant par ses oscillations sous l'influence des pluies et du régime des eaux qui l'alimentent, un foyer comparable au foyer palustre type, et, comme celui-ci, émettant ses effluves à la surface du sol, grâce à la porosité de la couche qui la recouvre.

« Mais peut-on admettre qu'à une profondeur variant de quel-

ques pieds à plusieurs mètres, en dehors par conséquent de l'influence atmosphérique et surtout des rayons solaires, il se passe des phénomènes soit de végétation, soit au contraire de décomposition analogues à ceux qui ont lieu à la surface des marais découverts? Dans ces pays où l'absence de marais a fait recourir à l'hypothèse de l'existence de vrais marais souterrains, on remarque, pendant la saison des fièvres, que la moindre pluie fait augmenter subitement et le nombre et la gravité des fièvres; les plus dangereuses de ces pluies sont les plus légères, celles qui, au lieu de faire arriver jusqu'à la couche d'eau latente la moindre quantité de liquide, ne font qu'imbiber la superficie du sol sans y pénétrer de plus de quelques millimètres.

Maintenant si nous nous demandons, avec M. Colin, *par quel agent morbide les marais impressionnent l'organisme*, nous n'aurons pas une explication plus satisfaisante.

« Les uns ont vu la cause morbide dans les produits de putréfaction organique, comme Lancisi et Mélier, à propos des marais salants. Daniell constate l'abondance de l'hydrogène sulfuré dans les couches atmosphériques qui recouvrent les rivières de la côte d'Afrique. Mais aucun de ces gaz, isolé dans nos laboratoires, ne produira d'effet analogue à celui de l'intoxication palustre.

« Martineau rapporte à l'influence d'une condition analogue au rouissage, aux miasmes qui se dégagent des tonnelleries, la production des fièvres pernicieuses dans la ville de Saint-Pierre (Martinique). Mais Rufz de Lavison dit que ces fièvres ne sont pas plus fréquentes chez les ouvriers qui travaillent dans les tonnelleries, ni dans les maisons voisines et sous le vent de ces établissements. Il faut, d'après cet observateur distingué, chercher la cause des fièvres de Saint-Pierre dans une cause plus générale.

« D'autres ont cherché la cause des fièvres non plus dans la décomposition, c'est-à-dire dans la mort des corps organisés, mais dans la vie, dans une végétation spéciale, la végétation palustre. Boudin accusait l'anthoxanthum odoratum ou flouve des marais. On a mis en cause le palétuvier (Rhizophora mangle).

« Salisbury a établi l'existence, à la surface du sol de certains pays marécageux de l'Ohio, de petites cellules oblongues très

analogues aux cellules d'une algue du genre palmella. Il constate que ces spores ne se rencontrent dans l'atmosphère que pendant la nuit, qu'elles ne s'y élèvent qu'à une certaine altitude (35 à 100 pieds) au-dessus du sol, et on retrouve ces cellules dans l'expectoration des fébricitants, on en constate l'élimination par les voies urinaires. L'auteur signale une sensation particulière et très pénible de sécheresse et de constriction dans la bouche, la gorge et le larynx quand on est soumis à l'inspiration de particules émanées de ces plantes suivant lui fébrigènes.

« Pour M. Colin, la fièvre est causée avant tout par la puissance végétative du sol quand cette puissance n'est pas mise en action, quand elle n'est pas épuisée par une quantité de plantes suffisantes pour l'absorber.

« Quand les marais sont-ils à leur maximum de nocuité? C'est, d'après M. Colin, quand par le dessèchement, on expose au contact atmosphérique une partie plus ou moins grande de la surface submergée; quand, par conséquent, on met à nu un sol d'une puissance végétative énorme et qui antérieurement caché sous l'eau, a accumulé parfois pendant des siècles, les éléments de cette puissance. Les fièvres qui se produisent alors, ne sont pas dues seulement aux émanations fournies par la putréfaction des matières organiques renfermées dans la vase mise à découvert; car les fièvres continuent à se développer après que cette couche vaseuse s'est condensée en terreau plus ou moins sec, où tout mouvement de décomposition putride est arrêté. En Algérie, la fièvre se développe dans des régions qui semblent offrir des conditions absolument contraires aux conditions palustres, dans les localités en apparence les plus sèches, les plus stériles, n'ayant du marais, ni l'humidité, ni la végétation, ni la décomposition.

« La composition géologique du sol n'est pas d'une importance absolue sur son apparition; les fièvres dites palustres sont endémiques sur le sable, le calcaire, la glaise, la craie, le granit lui-même, sur les terrains de formations les plus diverses, sédimentaires ou volcaniques.

« La condition la plus essentielle de leur apparition c'est le sol suffisamment influencé par la température extérieure; aussi ne manquent-elles d'une manière absolue que dans les climats

froids et à certaines altitudes. Elles sont donc, surtout et avant tout, le résultat d'une influence terrestre.

« De l'étude sur la campagne romaine, M. Colin conclut que l'insalubrité en est due non pas à tel ou tel foyer limité d'émanations palustres, mais à la richesse même d'un sol extrêmement fertile, non cultivé, et offrant par sa configuration, les conditions les plus favorables aux exhalaisons telluriques et à leur condensation nocturne. »

*Interprétation et application des connaissances nouvelles à la fièvre bilieuse inflammatoire.*

Nous voyons, en somme, que la théorie paludéenne ou tellurique repose tout entière sur les conditions du sol. Que le sol marécageux produise la fièvre intermittente; nous l'admettons sans conteste. Que le sol nouvellement défriché la produise aussi; rien de mieux. Mais ce qu'il faut bien savoir pour limiter le cadre des affections paludéennes, un peu trop élargi aujourd'hui, c'est que les fièvres qui dépendent de ces conditions telluriques se présentent avec certains caractères assez bien déterminés. Ainsi la fièvre paludéenne n'est pas transmissible et ne se contracte que dans les endroits qui offrent les conditions de son développement; elle a une tendance extrême aux récidives et plus on vit au milieu d'elle, plus on est exposé à ses coups; enfin, elle présente des caractères d'intermittence qui varient, mais beaucoup moins qu'on a voulu le dire.

Aussi quand on voit se développer dans des endroits non marécageux, des fièvres décorées du nom vague de paludéennes, on doit se demander s'il ne faut pas chercher ailleurs que dans le sol même une explication plus rationnelle. Le Dr Laure, qui a longtemps pratiqué à la Guyane, dit, en parlant des fièvres palustres, qu'en entrant dans une salle de fiévreux en temps d'épidémie, on est frappé d'une odeur putride qui se propage au delà des fosses nasales, à l'œsophage et à l'estomac, quelquefois même avec nausées, coliques et déjections fétides. On se demande en lisant ces lignes si cet observateur distingué n'avait pas affaire à autre chose qu'à de la fièvre intermittente.

Mais pour ne pas nous égarer, nous allons jeter un coup d'œil sur la composition du sol à la Guyane.

La ville de Cayenne est située par 54° 38′ de longitude ouest et 4°, 50″ de latitude nord. Elle est bâtie sur un îlot de grès ferrugineux et d'argile grise. Les rues larges et droites offrent une pente facile aux eaux pluviales, mais il existe des ruisseaux contenant des détritus animaux et végétaux. Le terrain est si spongieux, que l'on marche à pied sec, une heure après l'ondée qui submerge la plaine (Laure).

Les Iles-du-Salut sont constituées par un terrain granitique, d'origine volcanique, d'une surface peu étendue, offrant des pentes rapides et permettant aux eaux de circuler librement et facilement. Pas de conditions pour les marais.

Au Maroni, le terrain est sablonneux et facilement perméable, le sous-sol est argileux, mais l'écoulement des eaux vers le fleuve et les rivières est très facile. Il n'existe que peu de marais dans l'acception propre du mot, car d'une part les eaux s'écoulent assez facilement et d'autre part les terrains abandonnés ou non cultivés sont rapidement envahis par une végétation luxuriante qui doit bien épuiser l'action du sol. En 1873, quand l'épidémie de fièvre jaune s'est déclarée au Maroni, on a accusé un petit marais où pousse de l'herbe du Para et qui à toutes les marées est inondé par l'eau du fleuve. Il faut dire qu'au point où est fondé le pénitencier de Saint-Laurent, l'eau du Maroni est toujours douce, l'eau salée n'y arrive que dans les grandes sécheresses et dans des conditions tout à fait exceptionnelles. Ce marais existe encore, il est soumis à une parfaite irrigation; il est donc tout à fait inoffensif, et la preuve c'est que le Maroni jouit malgré lui depuis deux ans d'un état sanitaire excellent; or, un marais doit toujours produire les mêmes effets, tant qu'il se trouve dans les mêmes conditions.

Au point de vue du sol à la Guyane, nous pouvons dire que les Iles-du-Salut ne présentent aucune condition pour un marais, et que le Maroni et Cayenne peuvent être considérés comme se trouvant dans des conditions identiques; j'ose même croire que l'on trouverait plus de marais à Cayenne qu'au Maroni. Du reste, au Maroni même, on trouve des plateaux élevés où il n'existe pas de marais; les pénitenciers que l'on a établis sur ces points ont joui d'un état sanitaire très convenable, mais après un certain temps on a vu régner des maladies qu'on ne savait à quoi attribuer, comme à Sainte-Anne. Les conditions

du sol ne pouvaient rendre compte de l'aggravation des maladies.

Quand on voit se développer dans les casernes et les hôpitaux des fièvres à caractère épidémique et contagieux malgré les allures qu'elles peuvent prendre, il faut chercher en dehors des marais et du sol une autre raison.

Pour mieux fixer les idées, nous n'avons qu'à voir ce qui s'est passé dans la colonie pénitentiaire du Maroni. Il est facile d'y suivre les événements, parce que cette colonie n'existe que depuis 1857, et que les malades sont faciles à observer, puisqu'ils sont tous soignés à l'hôpital.

Le tableau suivant va donner une idée de l'état sanitaire des premières années :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Année | 1860 | — | 87 | décès. |
| — | 1861 | — | 14 | — |
| — | 1862 | — | 27 | — |
| — | 1863 | — | 26 | — |
| — | 1864 | — | 47 | — |
| — | 1865 | — | 89 | — |

Si, à certaines périodes, comme en 1866 et 1867, on voit le chiffre des décès augmenter, on peut l'attribuer d'abord à l'évacuation de tous les autres pénitenciers sur le Maroni et à l'envoi de « gens usés et épuisés », et aussi au malheureux essai du chantier de Sparwhine.

Mais pour raisonner plus exactement, il vaut mieux prendre une catégorie d'individus, qui est toujours la même et qui se trouve toujours dans les mêmes conditions.

La mortalité sur les soldats d'infanterie de marine qui se sont succédé dans l'espace de vingt ans, donne le tableau suivant :

| 1860 | 1861 | 1862 | 1863 | 1864 | 1865 | 1866 | 1867 | 1868 | 1869 | 1870 | 1871 | 1872 | 1873 | 1874 | 1875 | 1876 | 1877 | 1878 | 1879 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | néant. | » | » | » | » | 2 | 6 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 7 | 18 | 30 | 6 | 1 | néant. |

On peut voir que la mauvaise réputation dont a joui le Maroni, pendant les années 1874, 1875, 1876 et 1877, était assez bien justifiée. Le chiffre des décès explique aisément cette mauvaise opinion.

L'année 1879 a fourni 212 décès, dont 49 portent sur le personnel libre et 163 sur la transportation.

L'effectif comprenait en moyenne :

| | | |
|---|---|---|
| Personnel libre | Officiers, fonctionnaires, assimilés, agents divers. . | 87 |
| | Troupes de la garnison. . . . . . . . . . . . . . . . | 94 |
| Transportation. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | 1,343 |

Il est mort cette même année 30 soldats.

L'année 1877 a été encore assez mauvaise, mais le chiffre des décès est moitié moindre, puisqu'il s'arrête au chiffre 125 pour le même effectif moyen.

Les soldats qui avaient été si éprouvés en 1876, puisque la mortalité avait été de près de 36 pour 100, l'ont été beaucoup moins en 1877, car il n'en est mort que 6 sur un effectif de 84 en moyenne.

En 1878, le chiffre total des décès, sur tout le personnel du pénitencier, ne s'élève qu'à 69, et pas un décès sur les fonctionnaires ni dans la garnison, si ce n'est celui d'un soldat qui est mort 12 heures après son arrivée de Cayenne, d'où il était arrivé très malade.

En 1879, pas un décès dans la garnison.

Si l'on consulte les journées de traitement à l'hôpital, on remarque qu'elles suivent la même proportion que les décès, et l'on voit la situation sanitaire bien améliorée à la fin de l'année 1877.

Cette grande mortalité ne régnait au Maroni que depuis quelques années, et la maladie qui a fait de si cruelles victimes sur le personnel libre ne semble s'y être implantée qu'à la fin de 1873. En 1872, le chiffre des décès n'a pas dépassé 80, et le personnel était plus nombreux. Si l'on consulte l'état civil de ce pays depuis sa fondation, on voit que la mortalité de certaines années est presque nulle, et le chiffre le moins élevé de la mortalité coïncide précisément avec le moment des défrichements et des déboisements.

En arrivant au Maroni comme chef de service, ces faits m'ont frappé, et je me suis demandé comment l'état sanitaire de ce pays avait pu se modifier pareillement. Comme l'esprit humain est ainsi fait, qu'il juge toutes choses, par ce qu'il a sous les yeux, on disait que le Maroni était un pays inhabitable, et on

fut sur le point de l'abandonner. En allant au fond de la question, j'ai vu qu'il ne fallait point songer à incriminer le sol qui n'avait pas été remué, ni les marais qui n'avaient pu augmenter, mais qu'il fallait chercher d'autres causes plus positives et plus rationnelles.

En effet, il était bien difficile de trouver la cause de cette mortalité dans le sol même et de l'attribuer uniquement aux défrichements et aux déboisements qui ont été faits à une époque bien antérieure à celle que nous signalons comme date de l'apparition de la maladie. Il est même à remarquer que depuis cette époque le sol n'a pas été remué.

Il est vrai que j'ai entendu plusieurs fois émettre l'idée que c'était au défaut de culture qu'il fallait en attribuer la cause. Mais pour qui connaît le Maroni, la raison n'est pas sérieuse. On avait abandonné quelques jardins et quelques champs de canne, qui avaient été aussitôt envahis par une belle végétation, en n'établissant nulle part de nouveaux marais. Sans donner plus de raisons contre cette idée, je dirai qu'en 1878 et 1879 la maladie a disparu et la mortalité réduite au minimum, sans que la culture ait été reprise.

Du reste, en examinant de près les faits que j'observai sur une catégorie de malades que je pouvais suivre de près, j'ai vu que la contagion jouait le principal rôle. Le poison paraissait localisé en certains endroits de la localité, et ce n'est qu'en fréquentant les lieux infectés que les individus non acclimatés étaient atteints.

Je remarquai aussi que la maladie ne sévissait généralement que sur des individus qui n'avaient jamais été malades. Les cas étaient d'autant plus graves que les personnes n'avaient jamais été prises d'accès de fièvre. C'étaient, en général, des individus robustes et bien portants qui étaient frappés; et chose curieuse, qui est pour ainsi dire le cachet de la maladie, et que j'ai constatée bien souvent, c'est que les personnes usées et anémiées, vivant au milieu des marais dans des circonstances hygiéniques déplorables, n'étaient pas atteintes. D'un autre côté, des personnes en pleine santé étaient frappées brusquement et emportées d'autant plus vite par le fléau, que leur constitution était plus robuste et que leur temps de séjour dans le pays était moins long.

J'ai vu, en un mot, que la maladie qui exerçait des ravages au Maroni était une maladie à laquelle on pouvait s'acclimater, et pour laquelle il existe une assuétude spéciale qui donne l'immunité.

Or, je ne sache pas que la fièvre paludéenne soit une fièvre pour laquelle il existe un acclimatement spécial, car nous savons que plus l'impaludation est grande, plus la mort est rapprochée.

Ce n'est donc pas à la fièvre des marais qu'il faut attribuer cette grande mortalité.

Si nous prenons un mois quelconque de l'année, le mois de septembre par exemple, car il correspond au dessèchement des marais et au dégagement des émanations maremmatiques, nous en voyons la preuve.

Pendant l'année 1873, le troisième trimestre a été marqué par une mortalité de 75; en 1877, ce même trimestre n'a eu que 15 décès. Est-il possible d'admettre un changement aussi radical, d'une année à l'autre, dans un pays où les conditions ne changent pas? Le sol était le même et n'a pas été remué ni mieux cultivé à un moment qu'à l'autre. Les conditions météorologiques ont été peut-être plus mauvaises; en 1877, la saison a été plus chaude, et en 1878 beaucoup plus pluvieuse.

En 1876, on renouvelait les soldats tous les trois mois et on apportait de nouvelles recrues à la transportation. En 1877 et en 1878, la garnison ne changeait que tous les six mois et avec des précautions déterminées.

Il est donc plus simple d'admettre que ce mouvement de personnel a contribué à produire la grande mortalité de 1876, en fournissant continuellement un aliment nouveau au miasme auquel il n'était pas habitué. Si nous voyons des Arabes et des Coolies atteints, ce sont précisément ceux qui ont été placés brusquement dans ce foyer d'infection. A ce propos, on doit se rappeler que l'immunité s'acquiert pour tous, par l'acclimatement, et que c'est loin d'être toujours un privilège de naturalité et de race.

La cause de cette mortalité me paraît donc être toute de contagion, et le miasme qui y donne naissance s'acclimate et se perpétue dans certains pays où il a été porté, parce que les con-

ditions telluriques et météorologiques sont favorables à son développement.

En ne considérant que cette longue période de quatre années si pleine d'enseignement, de 1873 à 1877, on peut voir que c'est toujours à la même épidémie que l'on a affaire, laquelle se continue à la faveur des foyers d'infection.

Et ici, nous touchons au cœur même du sujet. Il est évident que la fièvre jaune véritable, que l'on ne reconnaît le plus souvent qu'à ses symptômes ultimes, n'a pas constamment sévi pendant cette longue période. Mais il me suffit de savoir qu'elle a existé avec ses véritables caractères au commencement de la période que je considère actuellement, à la fin et dans l'intervalle, à des époques plus ou moins variées, mais fréquentes, pour qu'il me soit permis de dire, surtout après les faits nombreux que j'ai observés, que les maladies signalées sous le nom de rémittentes bilieuses, de typhoïdes bilieuses, fièvres à rechutes, rémittentes typhoïdes, et que je groupe aujourd'hui sous le nom de fièvre bilieuse inflammatoire, n'en étaient que les formes plus ou moins atténuées ou se présentant chez des personnes en quelque sorte réfractaires à la fièvre jaune rapide et foudroyante, c'est-à-dire véritablement épidémique.

Nous avons vu que les études poursuivies avec ardeur depuis plusieurs années donnent en pathologie une part de plus en plus grande aux organismes inférieurs. On est loin de connaître encore la nature et l'essence de tous les contages, mais il est déjà quelques maladies pour lesquelles le contage est bien connu et il en est beaucoup d'autres qui se comportant de la même manière que les maladies à contage déterminé peuvent rentrer dans la même classe et dont la cause sera peut-être bientôt connue.

Nous voyons tous les jours l'application de ces grandes données produire des résultats surprenants et en admettant qu'on ne connût encore aucun agent morbide animé, il ne faudrait pas moins continuer à nous préserver des germes dont nous sommes entourés et qui n'attendent qu'une brèche pour entrer chez nous. Les faits sont si évidents qu'ils défient toute contradiction. Quand ces êtres microscopiques trouvent un milieu favorable, on les voit pulluler avec une rapidité inouïe et ce qui est maladie pour l'espèce humaine est pour eux l'apogée

de la santé et de la vie. « Les lois de la vie, comme dit M. Maurice Raynaud, sont rigoureusement appliquées, mais elles le sont à notre détriment. Il appartient précisément à la science d'utiliser ces notions et de déterminer avec une rigueur de plus en plus grande les conditions favorables ou défavorables à l'éclosion de ces influences hostiles, et d'en faire par l'hygiène d'abord, et par une application rationnelle ensuite, l'applica- à nos besoins. »

Ce ne sont point là des hypothèses gratuites et une saine observation des faits cliniques nous en montre toute la réalité. Pour m'en tenir à la fièvre inflammatoire qui fait le sujet de mon étude et que je ne dois pas perdre de vue, je prie le lecteur de se reporter à l'historique et de consulter surtout mon rapport du 3e trimestre 1878; il jugera avec moi s'il n'est pas nécessaire d'admettre une cause de nature animée pour expliquer les faits de contagion que l'on voit se dérouler. Il verra, en lisant mes rapports de 1877, comment se sont modifiées les maladies au Maroni, sous l'influence d'une désinfection sérieuse.

Avec les idées admises sur le paludisme, il est impossible d'expliquer toutes les variations que l'on observe dans le développement des maladies à la Guyane. La plupart des auteurs qui n'ont en vue que cette cause encore bien inexpliquée invoquent les raisons les plus diverses. Tantôt c'est la trop grande abondance des pluies qui noie toutes les terres et submerge les plantations. Tantôt on invoque les vents qui transportent ou repoussent les effluves à grandes distances. Ainsi en 1866, la fièvre jaune régnait dans des pays très voisins de Cayenne, à Surinam et à Demerary et l'on croit que ce sont les vents d'est qui en se levant avec une certaine intensité ont tout rejeté dans l'intérieur des grands bois et ont empêché d'éprouver d'aussi grandes pertes; on peut objecter que les trois Guyanes placées dans la zone des alizés subissaient la même influence des vents et que par conséquent il fallait quelque chose de plus pour expliquer la différence. En 1869, nous voyons M. Kerhuel embarrassé pour expliquer la pathogénie de la fièvre aux Iles-du-Salut. « Chose assez singulière, dit-il, ce sont les hommes de la caserne du plateau de l'est qui ont été frappés, tandis que ceux du plateau de l'ouest ont été épargnés. Aucun d'eux n'avait encore subi cependant, depuis leur arrivée à la

Guyane, l'influence paludéenne. Chez quatre de ces militaires. l'embarras gastrique et les accès intermittents du début ont dégénéré en un état muqueux avec fièvre continue ou rémittente. »

Quand on a bien observé les faits et qu'on a constaté leur enchaînement, il est bien permis d'en rechercher les explications le mieux en rapport avec l'observation. Avouer son ignorance et déclarer, avec M. L. Colin, que la cause immédiate des fâcheux effets produits sur l'organisme par les émanations marécageuses ne nous est pas connue, n'est pas suffisant et ne doit pas empêcher l'observateur d'entrer dans une voie qui lui paraît ouverte et où il trouvera peut être ce qu'il cherche. Le poison tellurique lui-même n'est point saisissable et il est trop commode pour l'explication des diverses maladies.

L'hypothèse la plus satisfaisante admise pour déterminer l'insalubrité des lieux marécageux, on la trouve dans les résultats de la fermentation putride et on arrive alors à la grande théorie de l'impaludation par absorption d'êtres animés : animata effluvia de Lancisi. L'animé fébrigène n'est point encore trouvé, malgré toutes les recherches faites à ce sujet. Binz, on le sait, a prétendu que le sulfate de quinine guérissait la fièvre intermittente, en tuant les vibrions qui, pour lui, en sont la cause véritable. Mais, d'abord, il n'est nullement prouvé qu'elle soit due à un parasite, et avant de le rechercher il faut savoir d'une manière exacte si la fièvre intermittente se comporte comme les maladies à contages, ce qui est loin d'être démontré. Pour le moment, nous admettons que la fièvre paludéenne est produite par des effluves d'origine végétale et qu'elle n'est point transmissible.

Nous avons cherché à démontrer, au contraire, la contagiosité, dans une certaine mesure, de la fièvre bilieuse inflammatoire.

La théorie du germe contage rend aussi bien compte des maladies qui se développent dans des pays non marécageux que dans les endroits palustres.

Pour moi, sans chercher à voir ce que l'on doit entendre par miasme palustre, je le réserve à la fièvre intermittente simple ou compliquée et je cherche dans une autre théorie l'explications de faits indiscutables, d'épidémicité et de contagiosité in-

dépendants des conditions telluriques. Je porte mes vues sur la composition de l'air de certains lieux et de certains pays et je trouve dans cette voie nouvelle une explication en rapport avec les faits observés.

Dans une note publiée dans *l'Annuaire de l'observatoire de Montsouris* pour 1879, M. Miquel fait l'historique des travaux entrepris sur l'analyse microscopique de l'air et donne quelques-uns des résultats qu'il a obtenus lui-même.

« L'air est chargé, dit-il, en toute saison d'une quantité variable de germes; leur nombre, faible en hiver, s'accroît rapidement au printemps, reste élevé en été et diminue en automne. Une pluie de quelque durée provoque toujours une recrudescence de microbes, c'est-à-dire d'organismes revêtus d'une tunique organisée. Le nombre de ces microbes, par litre d'air a été en 1878, de 42, en juin; de 29, en juillet; de 25, en août; de 12, en septembre; de 19, en octobre; de 11, en novembre. »

M. Miquel fait remarquer que si le mois de juillet et de septembre, plus chauds que les mois qui les ont suivis, ont possédé des atmosphères moins riches en spores que celles d'août et d'octobre, cela tient à la faible quantité de pluie tombée durant ces premiers mois. Le nombre des microbes pouvant être plus faible dans un mois chaud et sec que dans un mois plus froid et plus humide. En moyenne, durant l'année 1878, on a trouvé 15 corpuscules organisés pour chaque litre d'air.

On voit que la quantité de germes dangereux contenus dans l'air de Paris est assez faible. Il est naturel de penser qu'ils se trouvent en quantité plus considérable dans les pays chauds, où les conditions de chaleur et d'humidité sont réunies, même en dehors des marais. Il serait important de porter les études sur ce point.

La culture des microbes a donné entre les mains de M. Pasteur des résultats merveilleux. Il étudie depuis quelque temps l'agent actif, le microbe d'une maladie désastreuse qui se déclare parfois dans les basses-cours, qu'on appelle choléra des poules et qui serait peut-être mieux appelée typhus des volailles, parce que les lésions et même les symptômes sont bien plus typhiques que cholériques. M. Pasteur a annoncé à l'Académie de médecine, dans sa séance du 10 février 1880, qu'un des résultats acquis par les expériences qu'il a commencées, c'est

qu'un froid de 40° ne détruit pas ce microbe. Il a remarqué que le milieu de culture convenable à la bactéridie charbonneuse, c'est-à-dire une décoction de levure de bière dans de l'eau, amenée par la filtration à un état de parfaite limpidité, puis rendue stérile par une température supérieure à 100 degrés, était tout à fait impropre à la vie du microbe du choléra des poules ; il y périt même promptement en moins de quarante-huit heures. Il cultive cet organisme dans le bouillon de poules. Une particularité singulière, c'est que l'inoculation de cet organisme à des cochons d'Inde est loin d'amener la mort aussi sûrement qu'avec les poules. Chez les cochons d'Inde, d'un certain âge surtout, on n'observe souvent qu'une lésion locale au point d'inoculation, qui se termine par un abcès plus ou moins volumineux. Si on inocule à des poules un peu de contenu de l'abcès, ces poules meurent rapidement, tandis que le cochon d'Inde qui a fourni le virus se guérit sans la moindre souffrance.

« On assiste donc ici, ajoute M. Pasteur, à une évolution localisée d'un organisme microscopique qui provoque la formation de pus et d'un abcès fermé, sans amener de désordres intérieurs, ni la mort de l'animal sur lequel on le rencontre, et toujours prêt néanmoins à porter la mort chez d'autres espèces auxquelles on l'inocule ; toujours prêt même à faire périr l'animal sur lequel il existe à l'état d'abcès, si telles circonstances plus ou moins fortuites venaient à le faire passer dans le sang ou les organes splanchniques. Des poules ou des lapins qui vivraient en compagnie de cobayes portant de tels abcès pourraient tout à coup devenir malades et périr sans que la santé des cochons d'Inde parût le moins du monde altérée. Pour cela il suffirait que les abcès des cochons d'Inde venant à s'ouvrir répandissent un peu de leur contenu sur les aliments des poules et des lapins. Un observateur, témoin de ces faits et ignorant la filiation dont je parle, serait dans l'étonnement de voir décimés poules et lapins sans causes apparentes, et croirait à la spontanéité du mal ; car il serait loin de supposer qu'il a pris son origine dans les cochons d'Inde tous en bonne santé, surtout s'il savait que les cochons d'Inde eux aussi sont sujets à la même affection. Combien de mystères dans l'histoire des contagions recevront un jour des solutions plus simples encore que celle dont je viens de parler. »

Ainsi, après avoir donné une idée assez exacte de l'état actuel de la science sur les maladies parasitaires, il nous reste à savoir si la fièvre inflammatoire se comporte comme elles et si elle se sépare nettement de la fièvre paludéenne par ses caractères cliniques. Nous allons voir dans quelles localités elle s'observe, dans quelle saison, sur quels individus.

1. *Localités.*— D'abord, les localités où l'on observe souvent la fièvre bilieuse inflammatoire ne sont point de préférence celles où règne le plus activement le paludisme. On n'a qu'à voir, à propos de l'historique, combien les observateurs sont embarrassés pour classer les fièvres qu'ils observent aux Iles du Salut, où le paludisme doit être beaucoup moins souvent mis en cause. Si nous jetons un coup d'œil sur ce qui se passe à la Martinique, nous voyons que Saint-Pierre et Fort-de-France ne sont point des foyers actifs de paludisme, et que c'est pourtant là qu'on observe le plus grand nombre d'atteintes et le plus fréquemment la fièvre inflammatoire. Le Dr Lota, dans un travail inséré dans les archives de médecine navale, s'exprime ainsi à propos de Saint-Pierre : « Les marais, dit-il, c'est-à-dire une étendue de terrain plus ou moins vaste, livrant à l'évaporation de larges nappes d'eau croupissante, laissant à nu un sol fangeux et putrescible, dont les émanations chargent et infectent l'air qu'on y respire, où est-il à Saint-Pierre, resserré le long de la côte, sur une étroite bande de terre entre la mer, au couchant, et les mornes qui le dominent au levant ? Serait-il constitué par le petit cours d'eau qui traverse la ville, et dont le lit, quand il se resserre dans la saison sèche, met à nu un petit amas de cailloux roulés ; ou bien par les quelques immondices qui s'amassent à son embouchure, et que le moindre débordement suffit à entraîner ? Saint-Pierre est, selon moi, une des rares localités des pays intertropicaux où, le marécage n'existant pas, il soit donné à l'observateur d'étudier les manifestations fébriles des pays chauds séparées de tout lien étiologique avec le marais proprement dit. »

Le tableau suivant va donner une idée de la mortalité que l'on observe indifféremment dans les localités où l'action du paludisme est bien différente.

C'est un tableau statistique faisant ressortir l'effectif moyen et la mortalité du bataillon d'infanterie de marine à la Guyane,

dans les différents détachements, à Cayenne, au Maroni et aux Iles-du-Salut, pendant sept ans. Nous verrons que la mortalité dans ces différents points, subit des variations qui ne sont point en rapport avec les conditions du sol, mais plutôt avec la concentration du poison et les mouvements du personnel.

| | | EFFECTIF du Bataillon. | | ENTRÉES à l'hôpital. | | RENTRÉES en France en convalescence | MORTALITÉ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ANNÉE 1872 | Cayenne ..... | 459 | 665 | 232 | 482 | 8 | 3 | 8 |
| | Maroni ....... | 104 | | 177 | | | » | |
| | Iles-du-Salut. | 91 | | 73 | | | 5 | |
| | Kourou ....... | 11 | | | | | | |
| ANNÉE 1873 | Cayenne ..... | 380 | 598 | 227 | 468 | 12 | 45 | 74 |
| | Maroni ....... | 110 | | 138 | | | 3 | |
| | Iles-du-Salut. | 97 | | 103 | | | 26 | |
| | Kourou ...... | 11 | | | | | | |
| ANNÉE 1874 | Cayenne ..... | 372 | 560 | 314 | 401 | 14 | 39 | 47 |
| | Maroni ....... | 89 | | 28 | | | 6 | |
| | Iles-du-Salut. | 88 | | 59 | | | 2 | |
| | Kourou ...... | 11 | | | | | | |
| ANNÉE 1875 | Cayenne ..... | 423 | 620 | 131 | 217 | 1 | 6 | 21 |
| | Maroni ....... | 99 | | 21 | | | 15 | |
| | Iles-du-Salut. | 87 | | 65 | | | | |
| | Kourou ...... | 11 | | | | | | |
| ANNÉE 1876 | Cayenne ..... | 384 | 610 | 311 | 345 | 7 | 8 | 38 |
| | Maroni ....... | 115 | | 18 | | | 30 | |
| | Iles-du-Salut. | 100 | | 16 | | | | |
| | Kourou ...... | 11 | | | | | | |
| ANNÉE 1877 | Cayenne ..... | 491 | 633 | 279 | 566 | 28 | 20 | 67 |
| | Maroni ....... | 70 | | 93 | | | 7 | |
| | Iles-du-Salut. | 61 | | 194 | | | 40 | |
| | Kourou ...... | 11 | | | | | | |
| ANNÉE 1878 | Cayenne ..... | 437 | 588 | 264 | 481 | 53 | 4 | 6 |
| | Maroni ....... | 80 | | 136 | | | 1 | |
| | Iles-du-Salut.. | 60 | | 81 | | | 1 | |
| | Kourou ...... | 11 | | | | | | |

2. *Saisons.* — La saison où la fièvre inflammatoire est plus

réquente n'est pas précisément celle où le paludisme a le plus d'activité. A la Guyane, la période de sécheresse correspond à la période des plus grandes chaleurs; aussi c'est grâce à la circonstance toute particulière d'une chaleur sèche que cette période, qui pourtant correspond avec le dessèchement des marais, est beaucoup moins sévère pour les maladies. On peut s'en convaincre en considérant que le troisième trimestre n'est point toujours le plus mauvais. Les fièvres inflammatoires sont plus fréquentes et plus nombreuses dans les temps humides, quel que soit l'état du sol.

3. *Individus.* — Les individus atteints par la fièvre inflammatoire ne sont pas non plus ceux que l'on considère comme impaludés. Dans tous nos rapports, on peut voir que la maladie a toujours été plus grave quand le sujet était nouvellement arrivé ou qu'il n'avait jamais été malade.

Nous allons étudier maintenant les conditions qui peuvent favoriser l'éclosion de la maladie, en étudiant d'abord les influences cosmiques ou mésologiques et ensuite les causes individuelles et occasionnelles, qui expliquent l'apparition de la maladie chez certaines personnes et dans certains milieux.

## INFLUENCES MÉSOLOGIQUES OU MÉTÉOROLOGIQUES.

L'influence des milieux extérieurs à l'homme (causes cosmiques ou mésologiques, comme on dit encore aujourd'hui), comprend les circumfusa qui rentrent dans l'étude de la météorologie.

La météorologie se compose de plusieurs éléments, dont les principaux sont la température, l'humidité, la pureté de l'air.

Nous avons déjà fait connaître comment l'air pouvait contenir des myriades d'êtres microscopiques. L'étude de la flore et de la faune microscopique de l'atmosphère sort du cadre des observations pratiques. Il faut savoir cependant que M. Pasteur a trouvé dans l'air des rues de Paris des infusoires, des bactéries, des monades, des vibrions, des monas très petites, des végétaux microscopiques tels que mucorinées, mucédinées, torulacées (champignons), en un mot tous ou presque tous les agents spécifiques des fermentations et des putréfactions, et cela

en grande quantité. Dans l'atmosphère condensée des marais de Sologne, du jardin des plantes de Paris et de Romainville, près Paris, Lemaire recueillit et observa des infusoires, des bactéries, des vibrioniens et des spirilles, des flocons nuageux de petits infusoires, une grande proportion de petits corps ovoïdes transparents non déterminés, des cellules en chapelet, des spores de champignons et d'algues en grande masse sur les marais, moindres sur le jardin des Plantes et assez rares dans l'air salubre de Romainville.

Nous n'avons à cette question aucun appoint à apporter, si ce n'est par l'induction clinique. Nous savons comment se comportent les maladies qui sont dues à des germes de nature animale, et nous pouvons sans peine faire rentrer la fièvre inflammatoire dans cette catégorie ; aussi, sans connaître les vibrions ni leur manière d'être, nous allons voir comment ils se modifient sous l'influence des agents qui les enveloppent.

Nous ne dirons que quelques mots de la pression et de l'électricité. La pression ne présente à la Guyane que des différences à peine sensibles, le baromètre reste à peu près fixé entre 763,7 et 763,9. Les différences climatériques relatives à l'électricité sont assez peu connues. La fréquence des orages est beaucoup plus grande au Maroni qu'à Cayenne, la tension électrique est très forte du mois de juin au mois de septembre. Il est facile de constater au moment des épidémies une influence très marquée de l'électricité sur la mortalité, mais en temps ordinaire elle ne produit que peu d'effets appréciables. L'ozone a été l'objet d'étude, mais sans résultats positifs.

Les vents sont des facteurs importants mais dont on a exagéré l'action à la Guyane. « Ces esprits de l'atmosphère » n'ont pas une influence unique et propre par eux-mêmes. « On a surtout accusé les vents, dit M. le médecin en chef Mahé, dans son programme de séméiotique et d'étiologie des maladies exotiques, Paris 1880, d'être les messagers ou les colporteurs des émanations nuisibles : le fait est vrai et certain pour le miasme de la malaria, encore est-ce pour des distances peu éloignées; mais il est avéré que les vents ne sauraient servir de véhicules aux maladies épidémiques, aux pandémies, comme la fièvre jaune, le choléra, la peste : l'homme seul ou son haleine, ses vêtements, ses déjections, ses déchets, sont les intermédiaires de ces tristes

fléaux. » C'est l'idée que j'ai émise en m'occupant de la question météorologique dans mon rapport du 3e trimestre 1878.

Il nous reste maintenant à nous occuper des deux facteurs les plus importants, la chaleur et l'humidité et pour donner une idée de l'humidité, nous allons fournir un tableau indiquant le nombre de jours de pluie à Cayenne pendant 10 ans.

Le premier tableau ci-annexé nous montre que le nombre de jours de pluie est en moyenne de 178 par année, c'est-à-dire que l'on a à peu près un jour de pluie sur deux; il faut remarquer cependant que l'on a compté comme jours de pluie tous ceux où le pluviomètre accusait la moindre quantité d'eau.

Nous voyons que les trois mois les plus pluvieux sont les mois de janvier, de mai et de juin; les trois mois les moins pluvieux sont les mois d'août, septembre et octobre. Le mois de juillet indique le commencement de la saison sèche, mais les pluies sont cependant encore assez abondantes, puisqu'il pleut un jour sur deux.

Le mois de novembre indique la reprise de la saison pluvieuse et présente des variations assez considérables. En décembre, les pluies sont ordinairement abondantes.

Enfin, les deux mois de février et mars correspondent à la petite saison sèche, mais on peut voir que cette saison sèche est encore assez pluvieuse et que la quantité d'eau qui tombe pendant ces mois est assez abondante et assez régulière.

Les maxima correspondent souvent au mois de mai et d'avril; on a vu pleuvoir pendant 15 heures. Les minima ont lieu généralement en septembre et octobre; le mois de novembre est le plus variable de tous.

Si nous consultons la colonne indiquant la quantité de pluie tombée en un jour de vingt-quatre heures, nous voyons que c'est le mois de septembre qui présente la quantité la plus faible; la plus forte correspond au mois d'avril. Le mois de septembre est donc le mois où il pleut le moins et le mois d'avril celui où il pleut le plus. Dans le tableau que nous donnons, c'est en 1872 et 1877, que le nombre de jours de pluie est le plus faible; c'est en 1871 et en 1874, que ce chiffre est le plus élevé.

Il nous faut comparer cette humidité à la température. La température moyenne à la Guyane est de 27,8; cette région

est donc placée dans la zone torride (J. Rochard : climat, Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie). Elle fait partie de cette bande atmosphérique immense périéquatoriale qui flotte, pour ainsi dire, autour de la ligne équinoxiale comme centre et les lignes tropicales comme extrémités ou limites extérieures.

Cette température varie un peu avec les saisons. Pendant l'été, de juillet à octobre, le thermomètre centigrade marque à Cayenne 25 ou 26 au lever du soleil, 28 ou 30 à midi, 28 depuis le soir jusqu'à minuit, alors il descend à 22 ou 23. Au Maroni, il atteint 30 ou 31 aux heures les plus chaudes, mais il ne dépasse guère ce chiffre. En hiver, depuis octobre jusqu'à juillet, la variation diurne oscille entre 22 ou 23.

L'action de la chaleur et de l'humidité est intimement liée, dans ses effets sur l'homme. A la Guyane, l'hygromètre varie de 90 à 100 (Laure). Il pleut depuis novembre jusqu'en juillet; l'udomètre indique une moyenne de $3^{m}124$ sur le rivage; cette moyenne est beaucoup plus élevée à l'intérieur du continent. Il pleut pendant 184 jours, en moyenne, par année. Le tableau de la quantité de pluie tombée à Cayenne en 10 ans permet de se rendre compte de l'humidité qui doit exister, et encore il est heureux que la plus grande abondance des pluies ne coïncide pas, comme dans certains pays, avec la plus grande chaleur.

« On a de la peine à se faire, en Europe, dit M. Jules Rochard, une idée de ces pluies torrentielles des régions équatoriales. Arago, dans son mémoire sur la pluie, en cite de curieux exemples et entre autres les suivants : A Cayenne, le 14 février 1820, l'amiral Roussin a vu tomber en 10 heures, 280 millimètres d'eau et, du $1^{er}$ au 24 du même mois, l'udomètre en a accusé $4{,}070^{mm}$. Au Matouba, du mois d'août 1827 au mois d'août 1828, on en a compté $7{,}425^{mm}$. » On peut voir par notre tableau que ces chiffres un peu exceptionnels sont loin de s'écarter beaucoup de ce qui se passe habituellement.

Pour bien faire comprendre les saisons, nous donnons un second tableau, en regard du premier, indiquant la quantité de pluie tombée par mois.

## NOMBRE DE JOURS DE PLUIE PENDANT 10 ANS.

| MOIS | NOMBRE DE JOURS DE PLUIE PAR MOIS | | | | | | | | | | | | | | QUANTITÉS maxima tombées | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1869 | 1870 | 1871 | 1872 | 1873 | 1874 | 1875 | 1876 | 1877 | 1878 | TOTAUX | Moyenne. | Maxim. | Minim. | en 1 jour de 24 h. | sans interrup. |
| Janvier....... | 23 | 24 | 24 | 23 | 23 | 24 | 19 | 24 | 18 | 19 | 221 | 22.1 | 24 | 18 | 0.149 | |
| Février....... | 12 | 15 | 24 | 10 | 16 | 17 | 9 | 14 | 14 | 10 | 141 | 14.1 | 24 | 9 | 0.082 | |
| Mars ......... | 18 | 9 | 18 | 13 | 15 | 19 | 16 | 12 | 23 | 16 | 159 | 15.9 | 23 | 9 | 0.067 | |
| Avril......... | 23 | 23 | 24 | 16 | 15 | 27 | 9 | 18 | 20 | 19 | 194 | 19.4 | 27 | 9 | 0.341 | 15 h. |
| Mai........... | 18 | 25 | 29 | 26 | 10 | 26 | 29 | 24 | 20 | 27 | 234 | 23.4 | 29 | 10 | 0.091 | |
| Juin.......... | 22 | 24 | 19 | 20 | 26 | 23 | 19 | 25 | 18 | 19 | 215 | 21.5 | 26 | 18 | 0.122 | |
| Juillet........ | 14 | 12 | 17 | 9 | 19 | 18 | 17 | 13 | 15 | 16 | 150 | 15.» | 19 | 9 | 0.050 | |
| Août .......... | 3 | 9 | 10 | 6 | 9 | 9 | 10 | 10 | 4 | 15 | 85 | 8.5 | 15 | 3 | 0.021 | |
| Septembre.... | 4 | 3 | 3 | 7 | 6 | 6 | 5 | 6 | 5 | 2 | 47 | 4.7 | 7 | 2 | 0.010 | |
| Octobre....... | 3 | 8 | 5 | 5 | 9 | 6 | 7 | 8 | » | 4 | 55 | 5.5 | 9 | » | 0.050 | |
| Novembre .... | 12 | 4 | 17 | 9 | 17 | 12 | 15 | 5 | 5 | » | 96 | 9.6 | 17 | » | 0.031 | |
| Décembre..... | 14 | 20 | 24 | 19 | 20 | 14 | 24 | 26 | 11 | 20 | 192 | 19 2 | 26 | 11 | 0.098 | |
| TOTAUX.... | 166 | 176 | 214 | 163 | 185 | 201 | 179 | 185 | 153 | 167 | 1789 | 178.9 | 214 | 153 | 0.341 | |

## QUANTITÉS D'EAU TOMBÉES A CAYENNE PENDANT 10 ANS.

| MOIS | QUANTITÉS MENSUELLES EXPRIMÉES EN MILLIMÈTRES | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1869 | 1870 | 1871 | 1872 | 1873 | 1874 | 1875 | 1876 | 1877 | 1878 | Totales. | Moyen. | Max. | Minim. |
| Janvier....... | 0.246 | 0.388 | 0.435 | 0.418 | 0.466 | 0.524 | 0.744 | 0.440 | 0.368 | 0.136 | 4.165 | 0.416 | 0.744 | 0.136 |
| Février....... | 0.262 | 0.384 | 0.380 | 0.025 | 0.404 | 0.532 | 0.137 | 0.110 | 0.229 | 0.090 | 2.553 | 0.255 | 0.532 | 0.025 |
| Mars......... | 0.134 | 0.144 | 0.349 | 0 090 | 0.445 | 0.566 | 0.168 | 0.255 | 0.609 | 0.363 | 3.123 | 0.312 | 0.609 | 0.090 |
| Avril......... | 0.273 | 0.638 | 0.349 | 0.118 | 0.175 | 1.179 | 0.193 | 0.537 | 0.330 | 0.358 | 4.150 | 0.415 | 1.179 | 0.118 |
| Mai.......... | 0.391 | 0.782 | 0.310 | 0.297 | 0.038 | 0.449 | 0.758 | 0.450 | 0.234 | 0.565 | 4.274 | 0.427 | 0.782 | 0.038 |
| Juin.......... | 0.280 | 0.269 | 0.400 | 0.328 | 0.752 | 0.360 | 0.354 | 0.365 | 0.182 | 0.319 | 3.609 | 0.361 | 0.752 | 0.182 |
| Juillet........ | 0.126 | 0.080 | 0.146 | 0.102 | 0.196 | 0.140 | 0.147 | 0.155 | 0.121 | 0.135 | 1.348 | 0.135 | 0.196 | 0.080 |
| Août......... | 0.015 | 0.027 | 0.072 | 0.025 | 0.058 | 0.080 | 0.049 | 0.199 | 0.027 | 0.179 | 0.731 | 0.073 | 0.199 | 0.015 |
| Septembre.... | 0.020 | 0.016 | 0.006 | 0.019 | 0.024 | 0.022 | 0.012 | 0.144 | 0.010 | 0.001 | 0.274 | 0.027 | 0.144 | 0.001 |
| Octobre....... | 0.059 | 0.053 | 0.013 | 0.042 | 0.086 | 0.052 | 0.058 | 0.057 | » | 0.014 | 0.434 | 0.043 | 0.086 | 0.013 |
| Novembre.... | 0.079 | 0.027 | 0.224 | 0.147 | 0.233 | 0.123 | 0.359 | 0.033 | 0.023 | » | 1.248 | 0.125 | 0.359 | 0.023 |
| Décembre.... | 0.169 | 0.218 | 0.379 | 0.866 | 0.204 | 0.167 | 0.355 | 0.374 | 0.057 | 0.361 | 3.150 | 0.315 | 0.866 | 0.057 |
| TOTAUX.... | 2.054 | 3.026 | 3.063 | 2.477 | 3.081 | 4.194 | 3.334 | 3.119 | 2.190 | 2.521 | 29. 59 | 2.906 | 4.194 | 2.054 |
| | | | | | | | | | | | | | MOYENNE : 3.124 | |

Sur un ensemble de dix années nous avons obtenu comme maxima $4^{m}194$, comme minima $2^{m}054$ et comme moyenne $3^{m}124$. Nous voyons dans ce tableau une marche bien régulière des saisons.

La saison pluvieuse commence en novembre; la quantité de pluie variable pendant ce mois suit une progression ascendaute jusqu'à la fin de janvier. Si nous prenons les millimètres comme unités, nous voyons que la quantité de pluie est représentée en novembre par le chiffre de 125; en décembre, 315; en janvier, 416. La petite saison sèche que l'on observe en février et mars est représentée en février par 255 et en mars par 312. La seconde saison pluvieuse est reprise en avril et dure jusqu'à la fin de juillet. On note en avril, 415; en mai, 427; en juin, 361; en juillet, 135. Enfin, la véritable saison sèche comprend les trois mois d'août, de septembre et d'octobre. En août, on obtient en moyenne un chiffre de 73; en septembre, 27 et en octobre 43.

Dans la séance du 28 octobre 1879, de l'Académie de médecine, notre ami le D[r] Maurel a donné lecture d'une note sur l'hydrologie de la Guyane que nous empruntons au tome XXXII des Archives de médecine navale. « Les observations que nous avons pu recueillir, portant sur huit années, font ressortir combien est grande la quantité de vapeur d'eau contenue dans l'atmosphère. Tandis, en effet, que les moyennes mensuelles ne descendent jamais au-dessous de 77, elles atteignent souvent 85, et leur moyenne générale est de 83,10.

« Quoique toujours considérable, l'état hygrométrique subit cependant deux genres d'oscillations, les unes diurnes, les autres mensuelles. On se rendra compte des premières par les chiffres suivants : l'humidité relative en centièmes, (moyenne générale de 8 ans), a été de 86,51 à six heures du matin, de 85,35 à dix heures du matin, de 81,14 à une heure du soir, de 83,07 à quatre heures, et de 85,48 à dix heures du soir. Quant aux oscillations mensuelles, quoique moins sensibles, on peut cependant reconnaître qu'elles suivent exactement le mouvement des pluies, les moyennes minima correspondant aux trois mois de sécheresse, et les maxima à la saison des pluies. »

Ces pluies sont excessives. Sur 18 années, M. Maurel a trouvé

une moyenne de 3m32; sur 10 années, j'ai trouvé une moyenne de 3,124.

« Sous le rapport des pluies, dit M. Maurel, l'année doit se diviser en une longue saison humide comprenant sept mois, de décembre à juin inclusivement, pendant lesquels le pluviomètre dépasse souvent 0m30 et une saison de sécheresse correspondant aux mois d'août, de septembre et d'octobre, et n'ayant pas une hauteur pluviométrique de 0m10.

« Cette division si nette des mois de l'année en mois secs et mois pluvieux s'explique, de la manière la plus satisfaisante, par le mouvement d'oscillation de la bande des calmes et qui sépare les alizés, bande des calmes qui découvre la Guyane pendant les trois mois secs, ainsi que le prouvent les vents du sud-est régnant à cette époque, et qui, au contraire, l'inonde de ses grains pendant tout le reste de l'année. »

En réalité, je crois qu'il y a à la Guyane quatre saisons : deux sèches et deux pluvieuses. C'est un climat diplorique, ou à saisons doubles alternantes, pour me servir de l'expression de mon collègue, M. le Dr Féris (Étude sur les climats équatoriaux). La grande saison sèche règne de juillet à octobre et la petite saison sèche assez variable a lieu en février et mars. On peut voir cependant, en consultant le tableau, que ces saisons varient beaucoup, suivant les années. Les saisons, en effet, sont d'autant moins tranchées, qu'on se rapproche davantage de l'équateur ou des pôles.

Sans nous appesantir plus longtemps sur cette question de météorologie, nous voyons que le climat de la Guyane est caractérisé par une chaleur constante et une humidité excessive. A Cayenne, la température du mois le plus froid (mars) est de 26,3 ; celle du mois le plus chaud (septembre) est de 28,7 ; les chiffres extrêmes sont 31,6 et 21,8. C'est un des pays du globe où il tombe le plus d'eau, mais les mois les plus pluvieux ne sont pas les plus chauds. C'est dans les mois d'août, septembre, et octobre que la température est le plus élevée et les pluies moins abondantes; c'est donc l'époque de la sécheresse et du dessèchement. Si l'on veut se reporter à l'historique et à tout ce que nous avons dit précédemment, on verra que ce n'est point l'époque de la plus grande mortalité, ni des fièvres les plus graves.

Il faut donc admettre qu'il y a quelque chose de plus que la

chaleur et le dessèchement pour produire les maladies; c'est l'action de l'humidité sur l'organisme d'abord et sur les ferments qui existent partout où on ne les soupçonne pas assez, tout autour de nous, et surtout dans les hôpitaux et les casernes où la concentration semble leur donner une activité qu'ils n'ont pas ailleurs.

Nous avons dans toutes ces données des points de repère très précieux pour l'étude future des constitutions médicales.

Voilà donc l'ensemble des causes générales qu'il faut invoquer pour la maladie que nous étudions; mais il est important de rechercher dans quelles conditions ces causes primordiales pourront agir sur l'individu, comment enfin pourra germer la graine suivant la préparation du terrain ou plutôt la prédisposition.

Ainsi après avoir donné au moins une idée de ce que nous appelons la cause essentielle de la fièvre inflammatoire, il nous faut voir quelles sont les conditions individuelles qu'elle doit rencontrer pour se développer et dans cet ordre nous aurons à examiner les causes prédisposantes et les causes occasionnelles.

## CAUSES PRÉDISPOSANTES.

Les causes prédisposantes sont purement individuelles et dépendent de l'âge, du sexe, du temps de séjour dans le pays et des conditions particulières dans lesquelles on se trouve.

1. *Age.* — La fièvre inflammatoire est une maladie de tous les âges. L'enfant y est cependant beaucoup plus exposé qu'à un âge avancé, car cette maladie se conduit un peu comme les maladies éruptives et typhoïdes de nos pays tempérés; la récidive est relativement rare ou du moins la seconde atteinte est moins grave que la première, toutes proportions gardées. C'est probablement à la fièvre inflammatoire que l'on doit attribuer la grande mortalité qui règne sur les enfants à la Guyane, à certaines périodes. Les enfants nés dans le pays y sont très susceptibles et n'y échappent guère dans leur bas âge. Les enfants étrangers y sont plus exposés que leurs parents.

2. *Sexe.* — Le sexe ne semble avoir aucun caractère particulier à l'égard de cette maladie. Les femmes y sont sujettes en même proportion que les hommes. Il y a cependant une grande

réserve à faire pour la grossesse et nous allons tout à l'heure nous en occuper d'une manière spéciale.

3. *Provenance.* — Les individus le plus susceptibles d'être pris sont ceux qui sont dans le pays depuis peu de temps. Il serait intéressant aussi de connaître si tous les Européens sont ou non également prédisposés à contracter la fièvre inflammatoire. M. Bérenger Féraud a essayé de faire cette étude, sur les militaires de l'infanterie et de l'artillerie de marine. Je crois que c'est surtout une affaire de tempérament; les constitutions robustes, quel que soit le lieu de naissance en Europe, y sont plus prédisposées.

4. *Professions.* — Les individus ont d'autant plus de chances d'être pris par la fièvre inflammatoire, qu'ils vivent dans un milieu plus infecté. C'est ainsi qu'on explique comment certaines chambrées de soldats, certains navires, ont fourni un plus grand nombre d'atteintes que certains autres milieux. L'influence de la contamination du lieu paraît capitale à M. Bérenger Féraud et on peut voir que le même fait ressort de mes observations personnelles; mais une condition importante qu'il ne faut pas oublier, c'est l'accoutumance que l'on peut acquérir.

Les intempérants sont plus exposés que d'autres à contracter la maladie; on peut constater que ceux qui s'alcoolisent d'habitude, et souvent ceux qui viennent de faire un excès de boisson sont atteints en plus grand nombre.

Une exposition au soleil est souvent aussi une cause très puissante. Quand on se trouve sous l'influence de la maladie, on ne peut pas supporter le soleil et les personnes qui ne se rendent pas compte de leur état antérieur sont surprises de voir que le soleil les gêne considérablement et quand la maladie éclate elles en rejettent toute la cause sur le soleil. Il n'est donc pas étonnant de voir le vulgaire s'arrêter à cette étiologie et y croire fermement.

Les faits les plus intéressants sous ce rapport sont ceux qu'on observe chez des personnes qui, étant entrées à l'hôpital pour une maladie quelconque, sont prises à un moment donné, sans s'être exposées au soleil ni à aucune imprudence, de la fièvre inflammatoire.

5. *Temps de séjour dans la colonie.* — C'est surtout dès son arrivée ou plutôt quelque temps après son arrivée dans la colonie

que l'on est atteint de fièvre inflammatoire; mais tout dépend du moment où l'on se trouve, il y a en effet des époques où la morbidité est moins grande que dans d'autres.

M. Bérenger Féraud, qui a rassemblé des chiffres sur cette question à la Martinique, a trouvé que, sur 240 atteints, 39 avaient moins de trois mois de séjour, 21 moins de six mois, 40 de six à neuf et 23 de neuf à douze, soit 123 qui avaient passé moins d'un an à la colonie. Il fait remarquer que dans les pays paludéens il y a trois fièvreux qui comptent deux ans de séjour, pour un qui est à sa première année de colonie.

6. *Saisons.* — Si la maladie était de nature paludéenne, elle devrait toujours se produire avec plus d'intensité et plus de fréquence dans le 3e trimestre qui correspond au desséchement des marais. On peut voir qu'il n'en est rien et que la fréquence ou la gravité des maladies à la Guyane est loin d'être plus grande à cette époque qu'aux autres. Je crois inutile d'insister sur ce fait qui ressort nettement de l'historique. Ce que l'on peut dire à cet égard c'est que la fièvre inflammatoire est plus fréquente pendant les mois pluvieux et paraît en rapport direct avec l'humidité atmosphérique.

7. *Intempérance, fatigue, émotions morales.* — L'alcoolisme paraît une cause prédisposante favorable à l'éclosion de la maladie. En effet, nous espérons avoir démontré que sous l'influence morbide, les excréta se font mal, que le foie surtout paraît atteint d'inertie. L'alcool agira d'abord sur l'estomac qui déjà est peu disposé à absorber et ensuite sur le foie en ajoutant son action toxique à celle qui existe déjà. D'un côté il s'opposera dans une certaine mesure à l'absorption, et d'un autre côté il contribuera à diminuer les excrétions qui se font par le foie.

Il n'est pas rare de voir une atteinte survenir après un excès de boisson ou d'aliment.

Le soleil est aussi une cause assez puissante; il paraît agir en déterminant de la congestion des méninges; la douleur de tête est beaucoup plus forte.

Les fatigues corporelles doivent entrer en ligne de compte et ce n'est pas la cause la moins fréquente. Les personnes qui sont dans l'imminence morbide et qui vont dans les placers ou dans les bois ou bien se fatiguent par un long voyage en canot, sont atteintes très facilement.

A côté de cette cause, vient s'en placer tout naturellement une autre dont le mécanisme sur la production de la maladie est probablement le même, elle a trait aux chutes que l'on est susceptible de faire, aux coups que l'on peut recevoir. Il est fréquent de voir de fortes contusions déterminer cette maladie et ce fait n'a rien de surprenant car il se présente assez souvent en Europe dans la production de certaines maladies. Quel est son mécanisme? Agit-il seulement sur le système nerveux ou bien sur les liquides de l'organisme? La question est encore à résoudre mais le fait est certain et je pourrai en citer plusieurs exemples.

Les émotions morales agissent aussi d'une manière certaine et probablement par le même mécanisme.

8. *Maladies antérieures.* — *État de grossesse.* — La fièvre inflammatoire sévit de préférence et avec plus de violence, pour ainsi dire, sur les personnes dont la constitution est robuste. Mais avant d'entrer dans la forteresse, elle attend presque toujours qu'une brèche soit faite et dans les pays paludéens c'est souvent un accès intermittent qui ouvre le feu; ce qui ne contribue pas peu à dérouter le praticien. Quelques accès intermittents peuvent donc précéder la fièvre inflammatoire et y prédisposer.

Certaines autres affections peuvent également préparer favorablement le terrain.

Je veux surtout m'appesantir sur un etat physiologique, la grossesse, qui m'a paru remplir les conditions les plus favorables à la maladie.

En voici un exemple bien frappant.

### Observation XXXI.

*Fièvre inflammatoire à la fin d'une grossesse.*

Madame M..., habitant le Maroni depuis plusieurs années, avait eu la fièvre jaune en 1874. Au mois d'octobre 1877, elle me demande à entrer à l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni pour accoucher. A ce moment je constatais à l'hôpital des cas de fièvre jaune et je faisais la désinfection du pénitencier; aussi malgré l'accoutumance qu'elle me paraissait avoir, je préférais lui conseiller de rester chez elle où j'irais l'accoucher. Elle y consent volontiers, mais elle continue à aller tous les jours à l'hôpital voir une de ses amies qui me paraissait avoir une atteinte de l'affection régnante et dans une salle où je venais de perdre une femme avec des vomissements noirs.

Dans la nuit du 7 au 8 octobre, elle est prise de douleurs dans les reins et le bas-ventre; ces douleurs continuent toute la journée et la nuit suivante, sans que le col présentât la moindre dilatation. Ces douleurs cessaient quand elle était couchée et devenaient beaucoup plus fortes et plus rapprochées quand elle était debout ou assise. Elle avait des sueurs abondantes sur tout le corps, une faiblesse générale, forte douleur à l'estomac et dans les reins. On ne sent aucune contraction utérine; urines involontaires. On sent l'utérus se déplacer à droite et à gauche et les mouvements du fœtus sont très perceptibles : on sent la tête au détroit supérieur, mais pas la moindre dilatation. Le 9 au matin, les douleurs continuent. On administre 20 gr. d'huile de ricin et 2 lavements émollients; selles abondantes et fétides dans la journée. Le soir on administre de nouveau 20 gr. d'huile de ricin. La langue est sale, rouge sur les bords et jaunâtre au centre: les yeux sont gros et injectés, sensibles, pupilles dilatées; se plaint beaucoup du mal de reins. Depuis hier se plaint d'une violente céphalalgie sus-orbitaire; courbature; brisement des membres; les selles sont très verdâtres.

Le 10 novembre. La nuit a été mauvaise; agitation et très fortes douleurs de reins. La langue est sale; le facies est moins rouge; les conjonctives sont injectées; pupilles dilatées; fatigue générale très grande; douleurs en ceinture. Les urines sont jaunâtres, contiennent de l'albumine en quantité notable et 13 gr. 50 d'urée par litre. La peau est couverte de sueurs depuis le début; l'haleine est fétide.

Vers trois heures de l'après-midi, les douleurs changent de caractère; elles deviennent intermittentes et le travail paraît commencer. A cinq heures on peut constater un commencement de dilatation. A dix heures, la dilatation est complète et les douleurs expulsives commencent. Mais la malade est épuisée par ces douleurs de plusieurs jours qui se passaient en dehors de l'utérus. En observant attentivement, on pouvait constater, en plaçant le doigt sur la tête, que certaines douleurs qui paraissaient agacer beaucoup la malade ne portaient pas et ne faisaient pas avancer le travail; d'autres douleurs plus franches faisaient avancer la tête. Les premières étaient surtout des douleurs de reins. Tout d'un coup, vers une heure du matin, tout travail cesse, l'utérus devient inerte; la tête n'avance pas; la mère est épuisée. Une application de forceps amène lentement la tête qui reste un bon moment hors de la vulve, preuve évidente que les contractions utérines faisaient défaut pour aider la sortie du fœtus.

Au moment de la délivrance on trouve une résistance énorme et on ne peut avoir le placenta. Après de nouvelles tentatives d'extraction, j'introduis la main dans l'utérus, et je constate une adhérence du placenta mais je dus m'abstenir de toute manœuvre, à cause de la syncope dont la mère était menacée.

Le 11 à 8 heures du matin. La mère est assez calme; peau chaude et moite; la transpiration n'a pas cessé un instant depuis trois jours. Elle se plaint de coliques; facies jaunâtre, abattu; langue sale et rouge; douleurs dans les reins; léger écoulement sanguinolent.

A 4 heures de l'après-midi, j'opérai l'extraction du placenta, en maintenant tendu le cordon et en introduisant lentement la main dans l'utérus pour briser les adhérences qui paraissaient nombreuses et solides. L'odeur est très fétide et on fait des injections d'hypochlorite de soude.

Mais dans le flanc gauche une tumeur fait saillie sous la peau et est très douloureuse à la pression. Il semble que ce soit une anse intestinale très dilatée avec un peu de péritonite localisée. L'apparition de ce phénomène quelques heures à peine après l'écoulement doit faire supposer l'existence d'une maladie générale antérieure à l'écoulement avec détermination du côté des intestins et du péritoine.

Les urines sont rares ; la vessie semble présenter un peu d'inertie.

Le 12 à 8 heures du matin. La peau est chaude et moite ; bouffées de chaleur par intervalles; pas de sommeil; les coliques continuent et s'accompagnent de caillots sanguins. La langue est sale et rouge. L'estomac est douloureux à la pression. *Prescription* : bouillon, lait, manne 30 gr.; potion : aconit et digitale ; potion : extrait de quinquina; injection d'hypochlorite de soude; onctions mercurielles belladonées.

L'enfant est fort et vigoureux. Dans la journée d'hier, il n'a pas eu d'urine ni selles. Hier soir, paraissait avoir des coliques; vomissements jaunâtres ; selles d'un noir verdâtre, très fétides ressemblant exactement à celles de la mère.

4 heures du soir. La peau est très chaude et moite; haleine fétide et grande chaleur intérieure. Céphalalgie sus-orbitaire. Le ventre est moins douloureux. Brisement des membres; douleurs dans les cuisses, les hanches; perte séro-sanguinolente abondante; 600 gr. d'urine environ, contenant de l'albumine et 13 gr. 60 d'urée par litre. L'enfant à des selles glaireuses, fétides et verdâtres.

Le 12. La malade se sent mieux, mais elle est brisée et présente encore à certains moments beaucoup d'agitation ; le calme s'établit après une selle très copieuse ; la transpiration est toujours abondante.

13. L'état général est meilleur; la figure est plus reposée; la langue est toujours sale et rouge; la douleur à l'estomac a disparu ; le ventre est moins douloureux et la douleur ainsi que la tumeur du côté gauche ont presque disparu. Elle a par moment des faiblesses. L'enfant a des coliques et ne fait que crier ce matin, il a des selles abondantes, fétides et noires. Il présente de la rougeur des paupières.

14. Un peu de sommeil; les douleurs abdominales se localisent plutôt du côté de l'estomac que du côté de l'utérus. Les yeux sont jaunes: les pu-

pilles dilatées; la langue sale. Les urines, abondantes, contiennent de l'albumine et 16 gr. 20 d'urée par litre.

L'enfant a toujours des coliques, ses selles sont fétides, jaunâtres et très abondantes ; les yeux sont jaunes.

15. La nuit a été mauvaise; agitation; rêves pénibles; douleurs dans les reins; la langue est encore sale. Elle se sent très faible.

16. La nuit a été meilleure; n'accuse aucune douleur, pas de sensibilité ni de ballonnement du côté du ventre. Le pouls est lent.

17. L'état général est bon; le ventre est souple; la langue se nettoie. Les urines sont abondantes, contenant de l'albumine et 17 gr. 50 d'urée par litre. Elle se plaint toujours de douleurs du côté des reins. Les lochies n'ont plus beaucoup d'odeur. Il s'est développé sur tout le corps une éruption vésiculo-exanthématique, ce sont de petites vésicules pleines d'eau, de la grosseur d'une tête d'épingle, au sommet des petites rougeurs qui ressemblent à de la roséole.

18. Le ventre n'est plus douloureux, mais déprimé, il existe un peu de démangeaison du côté de la vulve où se trouve une petite plaie. Le sein droit est un peu douloureux; l'éruption persiste. Dans la soirée, la peau est devenue plus chaude avec mal de tête et dans les reins. Les urines contiennent toujours de l'albumine.

19. Le mal de tête a continué la nuit; la transpiration est toujours abondante; la bouche est mauvaise le matin.

L'enfant présente un furoncle à la nuque et sur tout le corps on constate l'éruption vésiculo-exanthématique semblable à celle de la mère.

20. La face est jaunâtre; la langue est encore rouge sur les bords. Le sommeil est agité avec rêves pénibles et soubresauts par moments.

L'enfant a toujours son éruption et présente aussi des soubresauts.

21. La face est jaune, rougeâtre. Le soir, à 8 heures, accès de fièvre qui s'est manifesté par une céphalalgie assez forte avec élancements dans la tête; mal dans les reins, sans frissons. Le ventre n'est plus douloureux. La peau est chaude et humide. La transpiration est moins abondante.

L'enfant est mieux, mais il a des furoncles. Ce qu'il faut noter, c'est que toutes les personnes de la maison sont malades en ce moment. La garde-malade a eu un accès de fièvre dans la nuit.

22. La fièvre a duré jusqu'à 2 heures de la nuit, avec transpiration, douleurs lombaires, mal à la tête. Il y a toujours de l'albumine dans l'urine.

23. Les digestions se font mal; mal de tête dans la journée. Urine albumineuse; urée 13 gr. 20 par litre.

L'enfant a rendu un caillot de sang en crachant; ses urines sont pâles, ne contiennent pas d'albumine et donnent 0,57 cent. d'urée par litre.

24. Même état.

25. L'état est meilleur. Les lochies qui avaient été supprimées et remplacées par un léger écoulement jaunâtre ont commencé à apparaître et se régularisent. Elle ne peut pas encore marcher.

L'enfant est couvert d'éruption pustuleuse.

26. Elle présente de temps en temps des faiblesses et des sueurs.

30. Se plaint toujours un peu du ventre, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre; constipation; mal de reins. Les urines contiennent toujours de l'albumine et 14 gr. 80 d'urée par litre.

L'enfant est couvert de rougeurs érythémateuses sur le corps, avec un peu de suppuration.

5 décembre. A éprouvé hier un peu de mal de tête et a ressenti de la fièvre ; constipation.

L'enfant a toujours de la constipation et est rempli de boutons.

7 décembre. L'abdomen est encore distendu et douloureux. L'albumine dans les urines persiste avec une teinte rosée ; 11 gr. 40 d'urée.

8 décembre. Mal dans les reins ; ventre ballonné ; constipation ; albumine dans les urines. L'enfant a eu aujourd'hui des vomissements.

8 décembre. Elle n'est pas encore rétablie. Le ventre est douloureux à la pression, surtout dans les flancs. L'utérus est parfaitement revenu et n'est pas sensible. Les lochies ont continué normalement. Elle se plaint de douleurs dans les reins, toutes les fois qu'elle se lève et qu'elle marche. Les urines sont très abondantes, la constipation est opiniâtre et elle ne va à la selle que par lavement.

L'enfant a eu un accès de fièvre il y a huit jours.

17 au soir. Nouvel accès de fièvre; agitation et soubresauts ; la peau est rouge pendant l'accès.

19. Traces d'albumine dans les urines. La douleur d'estomac est revenue ; l'écoulement rouge qui avait disparu est revenu; douleurs vives dans le ventre ; peau chaude.

L'enfant a eu la fièvre toute la nuit ; ses selles sont fétides.

21. Le ventre est toujours douloureux ; l'écoulement sanguin est très abondant depuis trois jours.

L'enfant n'a plus de fièvre, mais il a une éruption vésiculeuse.

27. L'état général est meilleur; les douleurs sont moins fortes; elle commence à aller à la selle sans lavement. L'éruption a disparu depuis 2 jours.

L'urine est pâle ; ne contient plus d'albumine et donne 9 gr. 12 d'urée par litre.

Cette observation est bien intéressante et a besoin d'être méditée. Nous voyons l'exemple d'une femme d'une bonne constitution et paraissant bien acclimatée contracter la maladie à

l'hôpital même, à la fin de sa grossesse. Nous voyons l'influence de la maladie sur l'accouchement et toutes les conséquences fâcheuses qu'elle détermine. Nous voyons enfin l'enfant subir la même influence que sa mère. Nous voyons aussi toutes les personnes de la maison éprouver des indispositions. Une femme qui voyait assidûment la malade et qui passait avec elle la plus grande partie des jours et des nuits fut prise de fièvre avec coliques, selles infectes et fétides, insomnie, érysipèle à la face et panaris au doigt. Ce sont souvent les manifestations que l'on observe chez les personnes acclimatées.

Ainsi donc la grossesse est une prédisposition très favorable; il faut être bien prévenu de la coïncidence de cette maladie avec l'état physiologique de l'accouchement pour éviter tous les graves accidents qui pourraient survenir.

### CAUSES OCCASIONNELLES.

Après avoir montré à quel ordre de cause il fallait rapporter la fièvre inflammatoire, avoir mis en lumière les conditions extérieures ou météorologiques qui peuvent donner à ces causes une activité toute particulière et avoir étudié dans quelles conditions les individus étaient le plus souvent atteints, il reste à peu près démontré que l'infection et la contagion sont les causes déterminantes les plus certaines.

On ne voit pas, en effet, la maladie naître spontanément si ce n'est dans certains lieux qui recèlent les germes, les hôpitaux et les casernes particulièrement, mais on peut dans presque tous les cas suivre sa filiation. On voit comment elle s'est transmise d'un homme à un autre, soit dans les casernes, soit dans une salle d'hôpital, et on ne peut avoir aucun doute sur son développement infectieux des locaux ou par contagion, c'est-à-dire par les malades, l'air qui les environne ou par leurs vêtements.

J'ai vu souvent tous les hommes qui se succédaient dans un même poste tomber malades successivement les uns après les autres. N'avons-nous pas vu un capitaine d'infanterie de marine au Maroni se trouver dans la nécessité de changer treize fois de planton en six mois, parce que les soldats qui se renouvelaient couchaient toujours dans le même lit et dans la même chambre?

Tous ces faits ressortent si nettement de tout l'ensemble de cet ouvrage que je ne devrais pas avoir besoin de m'y appesantir. Cependant la question est si importante qu'elle a besoin d'être éclaircie et développée.

Je vais montrer par quelques exemples pris au hasard que l'infection et la contagion jouent le principal rôle pour déterminer la maladie chez les personnes le moins prédisposées, quand elles se trouvent exposées pendant longtemps aux influences des germes que recèlent les objets qui ont appartenu à des personnes ayant succombé à la fièvre jaune ; ces exemples démontreront aussi la véracité de l'idée que nous soutenons que les germes de la fièvre inflammatoire dérivent de ceux de la fièvre jaune.

Un premier exemple est pris sur un commissaire de marine que j'ai soigné moi-même à Cayenne. Cet officier supérieur assistait l'inspecteur général dans sa tournée d'inspection à la Guyane, pendant l'année 1878. Ses fonctions l'appelèrent à visiter et à inspecter les différentes parties de l'hôpital de Cayenne. Il trouva de la literie ayant appartenu à des hommes malades pendant les épidémies de 1873. Quelques jours après son inspection, il fut pris d'une fièvre assez forte avec agitation et état gastrique très marqué. La quinine fut impuissante à enrayer la maladie et ce n'est qu'après un ipéca et des émollients qu'il se trouva mieux. Il resta plusieurs mois sous le coup d'une grande faiblesse et d'un certain embarras de l'estomac.

Quelque temps après, cette literie fut transportée dans un autre local, par suite de la séparation de l'administration pénitentiaire de celle de l'ordonateur et il me fut facile de constater que le nombre des malades et de mortalité augmenta beaucoup dans le service de la transportation, parce que les transportés avaient été chargés de faire ce mouvement. Quand les hommes entraient à l'hôpital, je leur demandais s'ils n'avaient pas été chargés de ce service et bien souvent je trouvai dans ce fait la cause de la maladie.

Un autre exemple va être pris au Maroni. Les deux gardes-magasin qui se sont succédé en 1877 sont morts. Le premier était européen ; il habitait depuis assez longtemps la Guyane, mais il venait de faire un voyage en France et n'était chargé de ce nouveau poste que depuis un temps assez court. Il a suc-

combé à une fièvre dite typhoïde bilieuse avec vomissements noirs.

Le second que j'ai soigné moi-même était créole de la Martinique. Au moment où j'ai fait enlever du magasin général tous les objets qu'il contenait pour les faire condamner ou leur faire subir une désinfection, il tomba malade; il éprouva de la fièvre, des vomissements opiniâtres, des douleurs de reins et un état d'agitation. Il put se remettre une première fois mais il retourna au magasin général et il fut repris bientôt des mêmes symptômes s'accompagnant cette fois d'une bronchite à laquelle il succomba quelque temps plus tard.

A peu près à la même époque, le garde-magasin de Cayenne, sous-commissaire de la marine, après avoir reçu des peaux de bœuf venant du Maroni, où elles avaient été conservées depuis plusieurs années et qu'on avait fait transporter par un bateau de commerce, succomba bientôt à une fièvre que personne ne put caractériser.

Je ne veux pas multiplier davantage ces exemples qui, à mon sens, sont très probants. Il faut absolument que l'attention soit dirigée de ce côté et que des observations attentives décident ce qu'il faut penser de ces faits. Mon opinion personnelle est bien faite sur ce point, car j'ai eu tant de fois l'occasion de vérifier cette transmission de la maladie que je ne puis aujourd'hui m'empêcher de déclarer que c'est la cause la plus fréquente et la plus dangereuse des maladies à la Guyane. Mais mon opinion est de peu de valeur dans ce procès et il faut qu'elle soit vérifiée et confirmée par de nouvelles observations.

Il faut qu'il soit bien établi que la persistance de la maladie est due à l'infection de certains lieux et que la transmission s'établit par les objets qu'ils contiennent ou les personnes qui sont en contact avec ces objets et qui, sans être atteintes elles-mêmes fortement, parce qu'elles sont réfractaires pendant longtemps, transportent à d'autres les principes morbifiques qui agissent avec plus de puissance sur certaines personnes et prennent alors une activité spéciale.

En 1878, on signalait à Madrid l'apparition de cas de fièvre jaune déterminés par des vêtements transportés des Grandes-Antilles par des soldats. Ces hommes avaient traversé Santander, ils avaient fait la traversée, sans rien déterminer autour d'eux;

en arrivant à Madrid, ils ont défait leurs malles et la maladie s'est déclarée.

On ne peut donc mettre en doute aujourd'hui la transmission des maladies par les objets à distance.

Ces idées bien démontrées nous expliqueront ces bouffées épidémiques que l'on remarque si fréquemment; elles expliqueront comment plus de la moitié d'une chambrée de soldats peut être prise de fièvre inflammatoire dans l'espace d'un mois, et que les trois quarts sont atteints à des degrés divers, suivant leur prédisposition et l'accoutumance qu'il présentent.

Pour résumer cette étude générale des causes, nous dirons que la fièvre inflammatoire paraît être due à des germes animés qui ne sont probablement que des dérivés de ceux qui produisent la fièvre jaune; qu'ils sont transmissibles; que les conditions météorologiques ont une grande influence sur le développement et l'action de ces germes, et qu'enfin ils agissent particulièrement sur les individus placés dans certaines conditions de réceptivité dépendant de causes prédisposantes et déterminantes assez bien établies.

---

# CHAPITRE IX

## Diagnostic.

Le diagnostic de la fièvre dite bilieuse inflammatoire n'est pas difficile à établir, si l'on admet ce que nous avons cherché à démontrer, qu'elle constitue le fond principal des maladies de la Guyane, et si l'on veut grouper autour de ce nom une foule de dénominations employées pour désigner des maladies tout à fait identiques, quant aux causes et au traitement.

Il devient très difficile, si l'on veut chercher à différencier toutes ces affections à peu près semblables, même au point de vue des symptômes. Les différences sont souvent si peu marquées que l'on est obligé de s'en rapporter à des apparences de symptômes, tout à fait transitoires et passagères.

Du reste, il nous semble résulter de l'étude que nous venons de faire et du long historique que nous avons donné, que la description de la fièvre bilieuse inflammatoire se rapporte assez exactement, dans ses degrés légers, à l'embarras gastrique bilieux, à la fièvre gastrique, à la fièvre insolatoire, à la fièvre éphémère, à la fièvre d'acclimatement, à la fièvre rouge et à la fièvre de chaleur ; dans ses degrés moyens, à la fièvre congestive, à la fièvre continue, à la fièvre rémittente simple, à la fièvre bilieuse ou rémittente bilieuse ; dans ses degrés intenses, à la fièvre rémittente typhoïde ou bronchique, à la fièvre typhoïde bilieuse ou à rechutes, à la fièvre infectieuse à forme typhique et à certaines fièvres dites pernicieuses.

Il me semble que la confusion qui règne encore actuellement dans l'histoire des maladies des pays chauds, résulte surtout de la tendance que l'on a eue pendant longtemps à ne définir une maladie et à ne la classer que d'après un symptôme qui souvent faisait défaut. On était alors obligé de se reporter sur un autre plus apparent, plus constant à certains moments et on créait assez facilement de toutes pièces une entité morbide.

Quand on voulait remonter à la cause, on était dans la plupart des cas bien embarrassé; on invoquait le plus souvent le

paludisme qu'on a fini par étendre outre mesure. Si le marais n'existait pas, on le créait, on invoquait un marais souterrain ou bien on faisait venir les miasmes de pays plus ou moins éloignés; les vents étaient chargés de porter les effluves à des distances incroyables. Mais si on ne pouvait invoquer aucune de ces causes, on admettait le rôle mystérieux des impondérables, des météores et on croyait de bonne foi à la spontanéité des maladies. Ces hypothèses permettaient de s'endormir en paralysant les meilleures volontés pour arrêter le fléau qui venait de naître.

Il ne faut pas en vouloir à nos illustres devanciers; ce n'est que de nos jours que les horizons ont été élargis par les travaux modernes. Mais enfin il faut avoir le courage de constater ce que l'on voit, et rechercher l'explication rationnelle et en rapport avec les données modernes de la science, des faits que nous observons.

C'est la raison pour laquelle Dutrouleau, l'observateur instruit et consciencieux, n'a pu arriver à débrouiller le chaos des fièvres bilieuses des pays chauds.

Aujourd'hui qu'il nous est permis de remonter plus facilement à la cause, nous allons tâcher de faire un pas en avant dans ce dédale inextricable.

Nous diviserons les maladies de la Guyane, pour les étudier en deux grandes catégories, suivant leur nature. Nous admettons : la nature amarile et la nature paludéenne.

Nous donnerons les principaux symptômes qui permettent de reconnaître la fièvre bilieuse inflammatoire, dégagée de tout ce qui peut l'obscurcir; nous verrons ensuite si nous pouvons établir un rapprochement entre la fièvre inflammatoire et les affections que nous supposons identiques; enfin nous dirons quelques mots des caractères des affections qui s'en éloignent.

En un mot, trois principales divisions dans notre étude : A. Diagnostic absolu. B. Diagnostic de rapprochement. C. Diagnostic différentiel.

### A. *Diagnostic général ou absolu.*

La fièvre bilieuse inflammatoire est essentiellement caractérisée par deux périodes.

La période initiale dure en moyenne trois jours; parfois quatre ou cinq jours. Le début est marqué par un ou plusieurs frissons, une température élevée qui atteint rapidement son fastigium. On remarque différents phénomènes qui se succèdent ou qui apparaissent en même temps. La céphalalgie, la rougeur de la face, l'aspect spécial des yeux, la rachialgie, des douleurs contusives des membres, l'embarras des premières voies digestives, l'enduit gingival, l'erythème scrotal se présentent avec une régularité et une intensité comparative vraiment remarquables.

La seconde période survient après plusieurs jours de cet état et s'annonce par la décongestion de la face, la teinte jaunâtre qui lui succède et une fatigue profonde qui persiste plus ou moins longtemps.

Les caractères principaux qui doivent faire reconnaître et diagnostiquer la fièvre inflammatoire varient un peu suivant les degrés et les formes, mais c'est une question de plus ou de moins. Nous allons les passer rapidement en revue, d'une manière générale.

Les prodromes se montrent généralement pendant cinq, six, huit jours, par une légère douleur sus-orbitaire, tension du globe de l'œil, altération des traits, sécheresse de la peau alternant avec un peu de moiteur, tendance au sommeil avec rêvasseries; constipation et faiblesse dans les jambes.

La première période s'annonce par une violente céphalalgie, un frisson unique et parfois des frissonnements, un état fébrile assez marqué caractérisé surtout par une ascension thermique rapide et élevée; la figure présente quelques rémissions surtout du deuxième au troisième jour, mais la subcontinuité est assez bien établie en moyenne pendant cinq jours.

Le pouls est élevé, fréquent, assez plein. La respiration est plus rapide et plus élevée.

On note à ce moment de l'agitation et de l'insomnie avec un sentiment d'inquiétude. On observe de la douleur épigastrique exaspérée surtout par la pression; nausées et vomissements légèrement bilieux d'abord, glaireux et alimentaires ensuite; des douleurs aux lombes, dans les bras et dans les jambes.

La face est colorée et présente une teinte rouge qui coïncide souvent avec certaines éruptions de la peau et de l'érythème du

scrotum, de l'injection des yeux. La bouche est mauvaise, pâteuse; la langue est blanche au centre et rouge sur les bords; il existe un liseré gingival. La soif est vive; il y a perte d'appétit; la constipation est fréquente et opiniâtre.

L'urine est de couleur orangée, chargée de matières colorantes, donnant de l'indican avec l'acide chlorhydrique, un peu d'albumine, une quantité d'urée presque normale mais tendant à diminuer, plus d'acide urique; beaucoup de phosphates à la fin de la première période.

La deuxième période n'a pas de limite déterminée; la fièvre tombe graduellement et on observe parfois des températures basses. Les douleurs disparaissent et les symptômes généraux s'amendent, mais il existe une grande faiblesse. En faisant la numération des globules on constate qu'ils sont diminués de moitié. Le ventre est ballonné et les malades sont souvent fatigués par le météorisme. On éprouve parfois des étourdissements et du vertige, et dans certains cas un peu d'akinésie et même d'anesthésie des membres.

Le pouls descend à 60 et quelquefois à 40.

La face est pâle ou jaunâtre et le corps présente des éruptions de boutons.

Les selles reprennent leurs cours. Les urines se décomposent facilement, contiennent des mucosités, des phosphates et des carbonates; elle deviennent très pâles et ne contiennent que des quantités d'urée tout à fait minimes, avec ou sans albumine.

Quand la mort survient, elle est parfois le fait d'une sidération nerveuse, quand le malade s'est trouvé dans de mauvaises conditions et alors ce sont les phénomènes ataxiques ou adynamiques qui prédominent. Le plus souvent les malades succombent à des complications.

A l'autopsie, quand la mort est le fait même de la maladie, la face est jaunâtre, ainsi que les conjontives et la partie antérieure du tronc; le scrotum est rougeâtre et il existe des plaques violacées sur differents points du corps, surtout à la partie postérieure. Les méninges sont parfois congestionnées; l'estomac présente des arborisations et des ecchymoses; l'intestin est arborisé et contient des traces de sang d'une odeur repoussante. Le foie présente des taches jaunâtres et des plaques café au lait

à côté de taches brun-marron ou violacées; la vésicule biliaire contient peu de bile noire et poisseuse. Les glandes mésentériques sont engorgées; la rate peut être ramollie mais présente souvent une teinte rougeâtre; les reins sont hypérémiés, il existe de la congestion à la base des poumons.

A ces différents caractères, on reconnaîtra la fièvre bilieuse inflammatoire.

### B. *Diagnostic synthétique étiologique.*

Nous allons voir maintenant si l'épithète de fièvre inflammatoire ne pourrait pas convenir aux maladies qui s'en rapprochent.

1. Nous avons dit que, dans ses degrés légers, elle était identique à l'embarras gastrique bilieux, à la fièvre gastrique, à la fièvre insolatoire, à la fièvre éphémère, à la fièvre d'acclimatement, à la fièvre rouge et à la fièvre de chaleur.

Il semble assez bien prouvé par l'historique et les observations que j'ai données, que toutes ces différentes dénominations s'appliquent à la même maladie. Je regrette de ne pouvoir entrer dans le détail de chacune des ces fièvres, mais je serais entraîné à beaucoup trop de longueurs. Je pense qu'il suffira de se reporter à l'observation et à la courbe de fièvre gastrique, qui est l'appellation le plus communément employée, pour voir la véracité de ce que j'avance; j'aime mieux m'appesantir plus longuement sur les formes les plus graves.

2. Dans ses degrés moyens, la fièvre inflammatoire se confond avec la fièvre congestive, la fièvre continue, la fièvre rémittente simple, la fièvre bilieuse ou rémittente bilieuse.

Nous avons déjà donné des exemples de ce qu'on appelle à certains moments « fièvre continue » pour ne pas y revenir; nous avons montré que la continuité n'était pas absolue et qu'il y avait toujours plus ou moins de rémissions, de manière à faire penser dans certains cas à la fièvre rémittente, surtout quand on ne peut arriver à saisir les rapports de cause et que l'on s'attache exclusivement à la marche de la température.

Ce sont principalement les fièvres bilieuses et rémittentes bilieuses qui méritent de nous occuper et qui ont besoin d'être étudiées d'une manière toute spéciale; car c'est là que sont

venus échouer les observateurs pour n'avoir pas compris la nature de la maladie.

Une grande question est à l'ordre du jour, c'est celle des fièvres bilieuses des pays chauds. Nous n'avons pas la prétention de résoudre ce grave problème; mais vous voulons apporter notre pierre à l'édifice en interprétant les faits que nous avons observés au Sénégnal d'une part et à la Guyane d'autre part. Nous laisserons à nos successeurs le soin de contrôler nos appréciations, mais nous voulons leur indiquer de nouvelles voies à suivre pour la solution de cette question si importante.

Et d'abord, il faut absolument, dans l'étude sur les fièvres dites bilieuses, prendre un type déterminé autour duquel nous grouperons les différentes espèces qui en ont été détachées. Nous prendrons comme point de départ le type de la fièvre rémittente bilieuse, car c'est en effet sous la forme rémittente que cette maladie se présente le plus souvent, pour réunir ces variétés et ces espèces en apparence dissemblables: la fièvre bilieuse des pays chauds, la bilieuse hématurique et la bilieuse mélanurique.

On me permettra d'aborder cette question et d'entrer dans le débat avec toute la modestie et toute la modération que comporte un pareil sujet. Je n'ai point la prétention de vouloir la juger, mais j'épouve le besoin de dire toute ma pensée et les réflexions que m'ont suggérées des observations de plusieurs années.

On discute encore pour savoir si la fièvre rémittente bilieuse présente dans les urines du sang ou de la bile, et on s'appuie sur ces phénomènes passagers pour constituer une variété morbide différente. Eh bien, nous abordons franchement le problème d'une autre manière, en nous basant, bien entendu, sur ce que nous avons observé. Nous disons : la fièvre rémittente bilieuse simple, qui peut se confondre dans une certaine mesure, comme nous le verrons plus tard, avec ce que nous appelons la fièvre bilieuse inflammatoire, existe aussi bien au Sénégal, qu'aux Antilles et qu'à la Guyane, et les différences que l'on observe du côté des urines tiennent à certaines conditions spéciales qu'il faut déterminer. Mais auparavant, il nous faut prouver que la fièvre appelée à la Guyane rémittente bilieuse est bien identique à la fièvre inflammatoire, c'est-à-dire de nature amarile.

Je ne saurais me contenter de renvoyer le lecteur à l'historique, pour voir les appréciations de M. Chapuis à cet égard. Dans une aussi importante question, il faut des faits et ici les faits se pressent sous ma plume, pour prouver l'identité des deux affections.

## OBSERVATION XXXII.

*Fièvre dite rémittente bilieuse.*

Bouyer, transporté européen, 18 ans de Guyane, n'a jamais fait de maladie et n'a eu que deux fois la fièvre depuis qu'il est à la Guyane. Il entre à l'hôpital de Cayenne le 10 juillet 1878. Il nous apprend qu'il est employé à la cantine du pénitencier et que dans la maison où il travaille tout le monde est malade en ce moment, une personne venant d'y mourir.

Se dit malade depuis 7 ou 8 jours; fièvre continue avec vomissements persistants, courbature générale.

A son entrée, la fièvre est assez intense. T. 39,8, et elle reste à ce chiffre pendant les deux premiers jours. L'oppression est grande, la céphalalgie est violente; les yeux et la face ont une teinte jaune, la langue est sale, les urines sont rares; les selles sont fréquentes et ardoisées, dépourvues de bile et liquides. *Prescription :* bouillon, lait, eau de chaux, ipéca 1 gr. 20 ; quinine 1 g.; frictions d'alcoolat phéniqué.

13 juillet. Matin. T. 37,8. Soir. T. 38,2; pouls à 120; respiration à 40. Vomit tout ce qui est ingéré ; il rend le lait caillé, malgré l'eau de chaux. La teinte jaune des sclérotiques s'accentue; connaissance complète. Les douleurs des membres ont diminué depuis les frictions d'acide phénique. Les urines sont albumineuses; pas de bile.

14 juillet. Matin. T. 37,7, pouls à 124; respiration à 36. Soir. T. 38,2; pouls à 120; respiration à 36. A eu une épistaxis dans la matinée ; la face est jaune-sombre; surdité; douleur au ventre; pas d'urine depuis hier soir.

15 juillet. Matin. T. 38; pouls à 128; respiration à 32. La langue est sèche, légèrement saignante sur les bords, un peu de subdélirium ; beaucoup d'agitation ; pas de sommeil. La teinte jaune du corps est très prononcée. Les vomissements ne sont pas colorés et ne sont plus bilieux ; il y a de l'érythème scrotal. Les urines sont rares et sont toujours fortement albumineuses.

Soir. T. 39,8. État assez calme, connaissance complète et idées nettes. Se plaint de surdité. Les selles sont grises et contiennent ce soir un peu de sang. N'a fourni que 50 gr. d'urine depuis ce matin, et en trois ou quatre fois, et donnant à peine 8 gr. 40 d'urée par litre.

16 juillet. Matin. T. 37,9 ; pouls à 116. Soir. T. 37,8 ; pouls à 92. Vomissements aqueux. Selles teintées de sang ; les urines contiennent de l'albumine et un peu de bile ; 16 gr. d'urée par litre.

17 juillet. Matin. T. 37,5 ; pouls à 112 ; 4 heures du soir 40,2 ; pouls à 132 ; 6 heures du soir 40. Le méat urinaire est rouge et enflammé, le scrotum présente des ulcérations. Il a uriné environ 350 gr. depuis hier matin. Après une journée assez tranquille, il est pris de délire vers midi et meurt à 7 heures du soir.

Autopsie faite 14 heures après la mort.

*Habitus extérieur.* — Homme jeune, constitution robuste ; écume à la bouche ; sang aux narines ; teinte jaune-foncé des téguments ; plaques violacées sur le plan postérieur.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve un liquide séreux, assez abondant, 400 gr. environ, dans le péritoine, fortement coloré en jaune. Le péritoine est arborisé, sans trace d'inflammation.

Les intestins ont une teinte jaunâtre générale, comme l'estomac et comme tous les tissus.

L'estomac est distendu par des gaz ; les ganglions mésentériques sont normaux.

A l'ouverture du thorax, on trouve des liquides de même nature que celui du péritoine dans les deux plèvres.

*Foie.* — Le foie pèse 1 kil. 950 gr. ; aspect ardoisé avec de larges plaques café au lait. Les vaisseaux du hile sont sains, et les canaux biliaires également. A la coupe, la coloration est d'un bleu-ardoisé, avec des points jaunes, surtout au centre. Les parties périphériques sont plus pâles et les colorations bleues sont plus prononcées.

Dans le lobe gauche, la coloration bleue est plus accentuée ; c'est un mélange de jaune et de bleu ; il paraît exsangue ; le tissu est ferme, la capsule s'enlève difficilement.

*Rate.* — La rate pèse 200 gr. ; elle est flasque, ridée. Son aspect intérieur est grisâtre et piqueté de points noirs. A la coupe, le tissu crie sous le scalpel ; il à la consistance du caoutchouc et présente l'aspect gris-ardoisé, avec des taches noires légèrement ramollies.

*Reins.* — Ils pèsent 300 gr. ; ils sont tendres, lisses, d'aspect jaunâtre ; la capsule s'enlève difficilement et entraîne avec elle une couche continue de substance corticale. A la coupe, le tissu rénal présente deux colorations parfaitement tranchées ; les pyramides sont saillantes et rouges, d'un volume normal, tandis que la substance corticale est jaune, luisante, diminuée fortement d'épaisseur et très friable, on y remarque les glomérules de Malpighi.

*Estomac.* — Contient environ 300 g. d'un liquide brunâtre ; la muqueuse est recouverte d'un enduit visqueux, très adhérent, de même couleur, sous

lequel on aperçoit une vascularisation très intense et générale, et çà et là de petits points ecchymotiques.

*Intestin grêle.* — Contient une matière légèrement visqueuse, cendrée, dans toute son étendue; la muqueuse est saine, sauf dans quelques points où elle présente de légères arborisations; les plaques de Peyer sont saines.

Le gros intestin est presque vide et contient des matières d'un gris-jaunâtre; la muqueuse est saine.

La vessie est vide et collée contre le pubis.

*Thorax.* — Les plèves sont saines, libres de toute adhérence, contenant le liquide signalé.

Le poumon gauche est fortement congestionné à la base, mais crépitant. A droite, le lobe supérieur est sain; le lobe inférieur présente un certain degré d'hépatisation rouge.

Le péricarde contient un liquide jaunâtre. Les cavités sont saines; le tissu cardiaque est légèrement jaunâtre.

Nous n'aurons pas de peine, je l'espère, à faire admettre que cette fièvre à marche rémittente se rapproche d'une manière très nette de celle que nous appelons fièvre inflammatoire et à écarter l'idée de paludisme; la rate nous donnerait ici tout à fait gain de cause, si nous n'avions pour nous éclairer les circonstances dans lesquelles la maladie s'est déclarée et aussi des lésions assez caractéristiques sur différents organes.

### Observation XXXIII.

*Fièvre dite rémittente bilieuse.*

Jeannot, transporté européen, 18 ans de Guyane. Cet homme est malade depuis quatre jours; fièvre et vomissements; oppression, teinte bistre de la peau.

A son entrée à l'hôpital de Cayenne, le 6 juin 1878, on constate de la fièvre. Après l'administration d'un ipéca, la teinte jaune des conjonctives et de la peau se dessine. La fièvre continue les jours suivants.

Le 9, dans la nuit, est pris de convulsions avec délire; perte de connaissance. A 11 heures du soir, la température est à 38,5. Depuis plusieurs jours, il n'a pas uriné, la vessie semble vide.

10. Matin. 8 heures. T. 38,5. 10 heures. T. 39,2. La connaissance revient, mais les convulsions continuent; violente douleur épigastrique. Avec la sonde, on retire de la vessie une urine jaunâtre, contenant de l'albumine en notable quantité, pas de bile, urée 10 gr. 80 par litre. A midi. T. 39,5. Les selles étaient grises et décolorées. Mort à une heure du soir.

Autopsie faite 3 heures après la mort.

*Habitus extérieur.* — Homme robuste, bien musclé; taille au-dessous de la moyenne; teinte ictérique de la peau généralisée; taches violacées sur les membres et à la partie postérieure.

A l'ouverture de l'abdomen, teinte ictérique des intestins, du mésentère et du tissu cellulaire rétro-péritonéal. Le mésentère est parsemé de taches ecchymotiques au centre desquelles on rencontre de petits noyaux rouge-foncé, durs, roulant sous les doigts.

*Rate.* — Son poids est de 340 gr.; son tissu est ferme, noir; les éléments paraissent normaux.

*Foie.* — Son poids est de 1970 gr.; la surface du foie est à peu près normale. Son tissu est jaune, légèrement décoloré à la coupe.

*Reins.* — Le rein droit pèse 190 gr. offre de nombreuses stries jaunes, se décortique facilement. A la coupe, le tissu est fortement hypérémié; la substance corticale est plus ferme que les pyramides. Le rein gauche est volumineux, dur; la capsule s'enlève assez facilement, cependant quelques portions ne peuvent s'enlever qu'avec le tissu rénal; les parties décortiquées sont granuleuses. A la coupe, il présente un état congestif analogue à celui du rein droit, mais la substance tubulaire est manifestement atrophiée.

*Estomac.* — Est régulièrement hypérémié, sans ulcérations.

*Intestin grêle.* — La muqueuse paraît généralement saine, sauf dans certains endroits où elle présente quelques arborisations. On trouve à ce niveau des matières fécales mélangées à des flocons de sang digéré.

La vessie contient un peu de liquide jaunâtre, albumineux, sans bile.

J'espère avoir donné une idée de ce que l'on appelle dans les pays chauds « fièvre rémittente bilieuse. » Ce que je veux faire remarquer, c'est l'absence de bile dans les urines, malgré la teinte jaune des tissus. C'est qu'en effet, il faut bien savoir que la plupart des fièvres dites bilieuses des pays chauds ne s'accompagnent qu'exceptionellement de phénomènes bilieux et évidemment ces dénominations n'ont été employées qu'à cause de la teinte jaune des malades, mais en examinant attentivement on voit que rien ne justifie cette expression, comme le dit M. Chapuis. En effet, pas de bile dans les urines, pas de pigment biliaire dans les tissus. On est même très surpris de voir que la présence de la bile est moins manifeste dans les maladies des pays chauds que dans certaines maladies d'Europe. Voilà ce qu'il faut bien savoir pour comprendre les fièvres bilieuses des pays chauds. C'est donc en général à un faux ictère que l'on a affaire; c'est ce faux ictère qui résulte de l'empoi-

sonnement du sang et de l'inertie du foie qui est une des causes principales des accidents que l'on observe. Les voies de dépuration de l'organisme sont fermées et le malade se typhise lui-même; de là, ces dilatations des vaisseaux, ces congestions veineuses que l'on peut observer accidentellement sur le rein et se manifestant par la filtration du sérum dans l'urine et dans certains cas exceptionnels l'hématurie.

Mais il faut bien savoir aussi que la bile peut apparaître dans certaines conditions. Ces conditions sont de deux ordres; les unes tiennent à l'individu, les autres aux conditions météorologiques.

Supposons que le sujet déjà acclimaté de longue date au poison, en puissance duquel il se trouve, puisse prendre le dessus, que ses organes ne se laissent que modérément impressionner par la cause morbide, que le foie enfin puisse reprendre largement ses fonctions, il en résultera une suractivité d'action qui se traduira par de la polycholie et on verra apparaître la bile dans les urines et la peau prendra une teinte verdâtre toute spéciale. Mais c'est toujours un phénomène secondaire et non initial comme dans les fièvres bilieuses véritables.

Les conditions d'ordre météorologique nous expliquent aussi ces phénomènes variables que l'on observe chez certains malades et il suffit d'avoir bien observé pour s'en rendre compte. A certains moments, tous les malades présentent des phénomènes bilieux; c'est surtout quand les vents du Nord alternent brusquement avec les vents du Sud. C'est un fait que l'on observe facilement à la Guyane et à la Martinique, mais qui est bien plus accusé encore au Sénégal. En voici la raison : A la Guyane, par exemple, les conditions météorologiques varient peu, comme on a pu s'en rendre compte dans le chapitre précédent; ce qui domine toute l'année c'est une chaleur humide qui fait place pendant un mois ou deux à une chaleur sèche. Au Sénégal, au contraire, les variations météorologiques sont extrêmes; la chaleur humide ne règne que pendant quelques mois, de juillet à novembre, pour faire place à la saison sèche qui règne tout le reste de l'année, mais cette saison sèche présente ce fait tout particulier que souvent la variation diurne est excessive; on voit le matin le thermomètre à 15 ou 16 et le tantôt à 30 et 32; aussi c'est à ce moment qu'on observe ces

retentissements du côté de l'organe hépatique qui, sollicité outre mesure par ces actions inverses, fait de la bile en quantité considérable. C'est aussi dans cette saison qu'on observe les abcès du foie si fréquents. Il n'est donc pas étonnant de voir des différences si marquées dans les deux pays, du côté de l'appareil biliaire.

Aussi nous croyons qu'en dehors de l'action paludéenne que nous ne voulons pas discuter en ce moment, il existe au Sénégal, à la Guyane et à la Martinique, une maladie caractérisée surtout par un faux ictère qui s'accompagne d'un ictère vrai, très fréquent au Sénégal, et assez rare à la Martinique et à la Guyane. Aussi l'étude des urines noires qui a soulevé tant de discussions devient très simple. Les urines peuvent être noires par le sang et la bile; elles peuvent être noires par le sang aussi bien au Sénégal qu'à la Martinique et à la Guyane, mais les cas sont assez rares dans ces trois pays; elles peuvent être noires par la bile, et c'est surtout au Sénégal qu'on observe ce phénomène.

Nous allons maintenant donner une observation de fièvre rémittente bilieuse avec ictère vrai et présence de la bile dans les urines. Nous la résumerons autant que nous le pourrons; car nous sommes obligé de nous restreindre.

### Observation XXXIV.

*Fièvre rémittente bilieuse, avec ictère vrai.*

Nicolaï, transporté européen, 13 ans de Guyane; n'a jamais été malade; une seule entrée à l'hôpital pour ulcère.

Il est pris le 13 décembre 1877 d'un violent frisson suivi d'une fièvre continue pendant plus de 24 heures, dit avoir eu un peu de rémission pendant 3 ou 4 heures et la fièvre a repris en s'accompagnant de fortes douleurs lombaires.

Il entre à l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni, le 16 décembre, c'était l'époque où je venais d'observer plusieurs cas non douteux de fièvre jaune. A son entrée, la face est rouge, les yeux injectés; la langue sèche et rôtie au centre; liseré gingival très marqué. L'haleine est fétide. Les urines sont d'un jaune-orangé et donnent avec l'acide un léger anneau albumineux coloré en rouge en-dessous; 4 gr. 56 d'urée par litre. T. 39. 4 heures du soir. T. 38,8. 8 heures du soir. T. 37,6. *Prescription :* Bouillon, lait, sul-

fate de magnésie 30 gr.; aconit et digitale; potion : extrait de quinquina et noix vomique.

17 décembre. Un peu de mieux; yeux injectés; douleur dans tout le corps. Urine environ 800 gr. par jour; albumine en notable quantité; urée 5 gr. 70 par litre. 8 heures du matin. T. 37. 4 heures du soir. T. 37,8. 8 heures du soir. T. 38.

18. Le faciès est jaune-rouge, conjonctives jaunes; rougeur des pommettes; langue très sale; fatigue générale très grande; 1200 gr. d'urine depuis hier matin; anneau albumineux; urée 3 gr. 42 par litre. Matin T. 37. 4 heures du soir. T. 37,6. 8 heures du soir. T. 38.

19. L'estomac ne peut rien supporter. Taches rouges sur le corps; teinte jaune de la peau et de la face; brûlure au pharynx. Les urines sont rouges; trouble albumineux; urée 5 gr. 70 par litre. Matin. T. 37,4. Midi. T. 38. 4 heures du soir. T. 38,8. 8 heures du soir. T 39,6.

20. Teinte jaune des conjonctives et de tout le corps; un peu d'hémorrhagie des gencives. Un litre d'urine environ par 24 heures; on constate avec l'acide azotique, trois couches : une inférieure rouge, une moyenne un peu verdâtre et une supérieure blanche; urée 6 gr. 84 par litre. La numération des globules donne 2,455,600; ils sont nets. Une application de ventouses donne un sang noir, se coagulant dans la ventouse; dans ce sang, il a été trouvé 1 gr. 142 de sucre pour 1000 gr. de sang. Matin. T. 39,8. Midi. T. 38,8. 4 heures du soir. 39,6.

21. Les conjonctives sont d'un rouge-minium; ulcération des gencives. Les urines deviennent plus abondantes et contiennent 15 gr. 96 d'urée par litre; la bile apparaît en faible quantité. La teinte ictérique se généralise et se prononce. La face est acajou; légère desquamation du scrotum. Les selles sont fétides. Matin. T. 38,4. Soir. T. 38,8.

22. Quelques boutons d'herpès à la lèvre. La teinte ictérique est très accusée. Les urines sont très abondantes. Deux litres environ depuis hier matin; la bile existe en quantité notable; l'albumine diminue; urée 18 gr. 24 par litre. Matin. T. 38,2. Soir. T. 38,4.

23. La langue est toujours rôtie; rêves pénibles; faiblesse très grande; voix éteinte. Les urines sont toujours abondantes et donnent 15 gr. 96 d'urée par litre. Matin. T. 37,2. Soir. T. 38,2.

24. La teinte de la face est jaune-rouge; la teinte jaune des téguments est intense et a un reflet verdâtre; les draps du lit sont tachés en jaune. Les urines sont toujours abondantes, avec un léger trouble; urée, 17 gr. 10 par litre. Matin. T. 38,2. Soir. T. 38,6.

25. La teinte jaune des téguments pâlit un peu. Les urines sont abondantes, pas d'albumine, bile en grande quantité, urée 17 gr. 10 par litre. Matin. T. 37,8. Soir. T. 38.

26. Un litre d'urine, moins de bile, urée 15 gr. 96 par litre. Matin. T. 37,4. Soir. T. 38,4.

27. La teinte jaune diminue; les plaques violettes de la face et du cou s'éclaircissent; démangeaisons sur tout le corps; se plaint de trouble de la vue. Moins de bile dans les urines. Matin. T. 37,8. Soir. T. 38,2.

28. La langue est nettoyée; il accuse un peu d'appétit. La face s'éclaircit; un peu de bile et d'albumine dans les urines. La numération des globules donne 2,142,000; quelques-uns sont plus petits, arrondis, sans dépression centrale. Matin. T. 37,3. Soir. T. 37,8.

29. On remarque un ulcère de la cornée et se plaint de mouches volantes; urines abondantes, urée 15,96 par litre. Matin. T. 37,3. Soir. T. 37,2.

30. La teinte jaune disparaît. Liseré gingival encore marqué. Urines abondantes; pas d'albumine, léger anneau verdâtre; urée, 15,96 par litre. Matin. T. 36,8. Soir. T. 37.2.

31. La teinte de la face devient plus jaune, pas d'appétit. Urée 13 gr. 68 par litre; traces de bile dans les urines. Matin. T. 37,5. Soir. T. 37,5.

1er janvier 1878. Les urines ne donnent que 9 gr. 12 d'urée par litre; un peu de bile. Matin. T. 36,8. Soir. T. 36,8.

2 janvier. Les urines sont foncées; urée 9,12 par litre; pas de bile; traitées par l'acide chlorhydrique pendant 24 heures, elles donnent une matière colorante noire, uro-mélanine. Matin. T. 37. Soir. T. 37,5.

3. La teinte jaune a disparu de la face et des membres; conjonctives encore très jaunes; troubles de la vue; mouches volantes que l'on suppose dues à des parcelles de cholestérine dans le corps vitré. Les urines sont moins abondantes depuis plusieurs jours et donnent un anneau biliaire; urochrone; urée 11 gr. 40 par litre; l'albumine a reparu. Matin. T. 37. Soir. T. 37,2.

Tous les phénomènes se sont amendés progressivement en présentant certains balancements entre la bile, l'urée et l'albumine. L'urée s'est maintenue pendant la convalescence aux chiffres de 7 à 10 gr. par litre.

Voilà tout à fait le type des cas que l'on observe assez rarement à la Guyane et auxquels on peut appliquer la dénomination de rémittente bilieuse; la fièvre se présente sous une marche légèrement rémittente et les phénomènes bilieux apparaissent avec une certaine intensité. Cette dénomination laisse bien à désirer, car beaucoup de fièvres de même nature ne présentent que peu de rémittence et pas de phénomènes vraiment bilieux; quand ces phénomènes se rencontrent, ils sont accessoires et secondaires et n'empêchent pas de la faire rentrer dans notre cadre.

M. Alavoine, qui a servi à la Guyane et qui a fait plusieurs

séjours au Maroni, me disait, il y a peu de temps, que la teinte jaunâtre des tissus était rarement accompagnée de bile dans les urines.

Ainsi il faut donc bien s'entendre sur ce point. Les fièvres bilieuses ou rémittentes bilieuses, de même que la fièvre bilieuse inflammatoire que l'on observe à la Guyane, ne sont point dues généralement à une résorption biliaire. Quand la bile apparaît dans les urines, c'est un épiphénomène salutaire qui dépend de plusieurs conditions.

Si maintenant nous envisageons le cas que nous venons de rapporter au point de vue étiologique, nous voyons que cette fièvre que nous avons appelée rémittente bilieuse n'est point de nature paludéenne. En effet, cet homme était robuste et n'avait jamais été malade; pas d'accès de fièvre antérieurs. Si la fièvre n'est pas continue, la continuité de la maladie ne peut être discutée, sans que la quinine administrée à certains moments ait pu modifier son cours. Le balancement que l'on a pu observer entre l'albumine d'une part et l'urée et la bile d'autre part est aussi digne de remarque. Il semblait que le foie suspendait par moments sa fonction dépuratrice pour l'activer dans d'autres. L'albumine n'a pas toujours été en rapport avec la température, car elle a disparu quand la température a été la plus élevée; aussi nous voyons dans ce fait une preuve que l'albumine n'est point toujours en rapport avec l'hyperthermie, mais qu'elle peut être considérée avec raison dans certains cas comme un résultat de la dyscrasie sanguine. Nous voyons aussi que la coloration foncée des urines n'est pas toujours due à la bile, car à un moment où la bile ne pouvait être constatée on observait une coloration noirâtre des urines due à une substance particulière, uro-mélanine, provenant, selon toute probabilité de la destruction des globules et passant dans l'urine avec une certaine quantité de sérum.

Nous verrons, un peu plus loin, comment on peut distinguer ces cas de ceux qui sont influencés par l'élément paludéen et qui présentent certains caractères de rapprochement.

Nous dirons seulement qu'on observe ces cas au commencement et à la fin des périodes de fièvre jaune et sur des personnes habitant le pays depuis longtemps, mais n'ayant jamais été malades.

Nous allons voir, en effet, combien on peut être embarrassé au début d'une épidémie de fièvre jaune, quand on est pas bien fixé sur ces faits. Nous sommes de ceux qui pensent que l'on ne doit pas laisser passer un fait qui porte avec lui son enseignement, et nous allons puiser un exemple à l'appui de l'idée que nous émettons dans le cas d'un de nos collègues, une des nombreuses victimes du devoir professionnel. Il a précédé dans la tombe plusieurs de nos chers camarades et il a ouvert la liste des victimes de l'épidémie de 1876-1877 à Cayenne. Chose assez singulière, c'est un médecin de la marine qui meurt à l'hôpital de Cayenne d'une maladie qui fait penser à la fièvre jaune. C'est, en effet, le premier cas qui éveille l'attention ; mais la marche de la maladie n'a point été régulière et le diagnostic a varié d'abord entre insolation et fièvre remittente bilieuse grave. Voilà, du reste l'observation de ce jeune collègue; ce sera un hommage rendu à sa mémoire.

### Observation XXXV.

*Fièvre dite rémittente bilieuse grave.*

M. Racord, Jules, 27 ans, médecin de 2e classe de la marine, 10 mois de Guyane, entre a l'hôpital de Cayenne, le 18 novembre 1876, à 8 heures du soir. Il présente les symptômes d'une forte congestion encéphalique, avec fièvre.

Il apprend que le 17 au matin, il a éprouvé un malaise général qu'il n'a pu définir. Il rentre chez lui, déjeune comme à l'habitude, et après avoir dormi quelques instants, il est pris de vomissements alimentaires, en même temps que d'une céphalalgie intense. Le 18, au matin il fait appeler un collègue qui, constatant un état congestif très marqué, s'empresse de lui prescrire trois sangsues aux apophyses mastoïdes et un purgatif d'eau-de-vie allemande. Loin de s'améliorer, son état s'aggrava et il se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée, la face est le siège d'une congestion intense; les yeux sont saillants et très injectés ; la langue est d'un rouge vif sur les bords et d'un blanc-jaunâtre au centre. La peau est brûlante, sèche, rugueuse au toucher. Le pouls est tendu, plein, vibrant à 96. La soif est vive ; plusieurs selles dues au purgatif pris le matin.

19 novembre. Même état. Sommeil nul ; nuit agitée; selles nombreuses fatiguant beaucoup le malade.

8 heures du soir. Le malade dont l'état s'était légèrement amélioré dans

la journée, présente, à la suite d'une vive émotion, une aggravation très marquée de tous les symptômes. On applique douze sangsues aux apophyses mastoïdes. Quelques instants après, surviennent des nausées et des vomissements de matières brunâtres tirant sur le noir. On ajoute un vésicatoire au creux épigastrique. Le malade qui avait jusqu'alors conservé toute son intelligence, présente de temps en temps un peu de subdélirium; pas d'urine dans la journée.

20. Amélioration très sensible; on constate cependant une tendance aux suffusions sanguines sur le front. Les mains et le côté gauche de la poitrine sont le siège d'une éruption de nature hémorrhagique. Les téguments de la face postérieure des coudes sont d'un rouge sale très marqué.

La céphalalgie, au dire du malade, a disparu; l'état congestif est moins prononcé; le pouls est devenu très souple au moment de la visite. Le malade est pris de hoquet accompagné d'un vomissement brunâtre, dont le premier jet est d'un rouge rutilant. Le premier vomissement est suivi bientôt après d'un second tout à fait marc de café. Le hoquet dure jusqu'à 11 heures, le malade ne peut rien prendre sans avoir des vomissements plus ou moins abondants et présentant toujours la coloration marc de café. Le délire devient de plus en plus marqué et la soif de plus en plus vive. Légère rémission jusqu'à 2 heures; puis nouveaux vomissements.

A 7 heures et demie du soir, vomissement brunâtre. On remarque alors une légère détente, seulement le délire s'accentue et le malade ne peut dormir quelques instants sans être réveillé par des cauchemars; la soif est de plus en plus vive, quelques hoquets de temps en temps, mais sans vomissements.

A 11 heures, le malade s'affaisse subitement, le pouls devient filant, presque imperceptible, mais bientôt la congestion et l'état du pouls reprennent les caractères qu'il avaient auparavant.

21. La respiration est haletante; le pouls tombe; la coloration du visage fait place peu à peu à une teinte subictérique. Autour du vésicatoire, on remarque une coloration jaune assez prononcée. La peau des membres supérieurs se plisse, les extrémités se refroidissent. Se plaint d'une douleur lombaire qui paraît être due au décubitus.

A 8 heures, le hoquet recommence suivi de vomissements peu abondants; inspirations nombreuses; pouls filiforme; le refroidissement augmente; quelques crises nerveuses.

A 8 heures trois quarts, le malade est pris subitement d'un spasme nerveux, avec perte totale de connaissance. Les inspirations diminuent et deviennent bruyantes. Quelques convulsions des membres inférieurs avec cris et la mort survient à 9 heures.

Quelques instants avant la mort, les oreilles deviennent le siège d'une coloration jaune intense qui s'étend rapidement sur tout le corps au mo-

ment où les battements du cœur deviennent de plus en plus faibles et éloignés. Après la mort, on voit la coloration jaune des oreilles et des parties sous-unguéales prendre une teinte bleuâtre.

Nous comprenons très bien l'embarras que l'on éprouve à diagnostiquer ces cas insidieux et isolés, et surtout à laisser échapper un nom qui doit jeter la consternation et l'effroi. Mais malheureusement, les expressions d'insolation et de rémittente bilieuse éloignent trop les esprits de la nature du mal; car la rémittente bilieuse entraîne encore à l'heure actuelle à l'idée du paludisme. L'expression de fièvre bilieuse inflammatoire appliquée à ces cas isolés, avant que l'épidémie ne soit constituée, mettrait le médecin en éveil et il pourrait prendre certaines précautions, sans effrayer les populations.

Maintenant, au point de vue de l'origine, si nous nous demandons comment il se fait qu'un jeune homme robuste, n'ayant jamais été malade, n'étant pas sorti de Cayenne et faisant du service à l'hôpital, a pu contracter cette maladie, on est bien en droit d'admettre qu'il existait en ville ou à l'hôpital des cas semblables qui n'étaient pas soupçonnés.

En effet, avec les idées actuelles, on ne se tient pas en garde contre ces fièvres qui sont comme les précurseurs de terribles épidémies, puisque le paludisme englobe tout. Bien souvent, en recherchant bien, on verrait que les épidémies n'éclatent pas aussi soudainement qu'on le croit. Je me rappelle avoir connu à Cayenne une mère me parlant de son enfant qui était mort avec des vomissements noirs, plusieurs mois avant l'épidémie dont je viens de citer le premier cas apparent, et M. Vieuille qui avait vu et soigné le malade m'a dit, en effet, qu'il avait été frappé par les symptômes que lui avait présentés cet enfant.

Tous ces faits se lient intimement avec ceux dont nous allons faire l'histoire.

3. Dans ses degrés intenses, la fièvre bilieuse inflammatoire peut se confondre avec les fièvres dites rémittentes typhoïdes, les typhoïdes bilieuses ou à rechutes et certaines fièvres dites pernicieuses.

Déjà nous avons indiqué dans l'historique ce qu'il fallait penser de la rémittente typhoïde, à propos de la description qu'en donne M. Dupont; nous avons indiqué aussi nettement

comment se montraient les accidents typhoïdes, à propos des complications. Nous ne discuterons pas non plus l'épithète de fièvre infectieuse à forme typhique donnée au commencement d'une épidémie de fièvre jaune aux Iles du Salut. Les rechutes ont déjà été signalées et on a vu ce qu'il fallait en penser.

Nous nous arrêterons tout spécialement sur les fièvres typhoïdes bilieuses et les fièvres pernicieuses.

A. Depuis la description qu'à donnée Griésinger de la typhoïde bilieuse observée en Egypte, on a songé plusieurs fois à invoquer cette maladie pour expliquer ces cas tout particuliers que l'on observe parfois à la Guyane à certaines périodes des épidémies de fièvre jaune.

Nous la trouvons plusieurs fois signalée dans le rapport de M. Maurel et de M. Infernet, au Maroni, à des moments où il existait certainement des cas de fièvre jaune. Sans parler de ce que je n'ai pas vu, je me contenterai de signaler un cas que j'ai pu observer dans le service de M. le médecin en chef Martialis, à Cayenne, au moment où la fièvre jaune commençait à se dessiner d'une manière épidémique.

### Observation XXXVI.

*Fièvre dite typhoïde bilieuse.*

M. Lebrun, magistrat, 3 ans de colonie, entre à l'hôpital de Cayenne, le 20 janvier 1877.

Malade depuis le 13, est resté chez lui où il prétend avoir eu de violents accès de fièvre, un peu irréguliers, mais avec rémission. Le 20, dans la journée, les symptômes généraux s'aggravent, une teinte ictérique généralisée se développe et il entre le soir à l'hôpital avec une fièvre intense.

21 janvier. La peau est moins chaude, le malade se dit beaucoup mieux, mais on remarque un peu de délire. Vers 9 heures du soir, il est pris d'une syncope prolongée; après laquelle le pouls tombe à 50; il est petit, mou, à peine perceptible. Il est à noter que du 13 au 20, il avait eu des syncopes à plusieurs reprises. Les selles sont liquides et d'un brun-verdâtre; les urines sont bilieuses et albumineuses. *Prescription* : Consommé, orge nitrée à 2 gr.; potion : teinture éthérée de digitale 1 gr. 50, teinture de scille 0,50 cent.; 6 pilules de quinine 2 gr.; 2/4 lavement : teinture de musc 2 gr., assa fœtida 4 gr., acide phénique 0,40 cent.; décoction de quinquina 150 gr.; frictions d'Huxham et quinine.

22. Dans la nuit, a été pris d'un écoulement sanguinolent abondant qui

ne s'est arrêté que ce matin. Vers 5 heures et demie, a vomi environ un verre d'un liquide vineux, au fond duquel on voit une certaine quantité de matières noires. La peau est moite, bonne ; le pouls est un peu remonté ; toujours un peu de délire ; urines albumineuses, contenant un peu de bile. T. 39,6 ; pouls à 60.

Soir. Le délire a duré toute la journée ; le foie déborde les fausses côtes ; la rate paraît normale ; rien de particulier dans le thorax. T. 40,2 ; pouls à 84.

23. A 6 heures du matin, le malade a vomi environ un demi-verre de liquide vineux au fond duquel on aperçoit très peu de matières noires. L'abdomen est météorisé ; six selles liquides et brun-verdâtre ; urine bilieuse et albumineuse, urée 11 gr. par litre. T. 39,5 ; pouls à 80. Soir. T. 40,2 ; pouls à 84.

24. Le malade a été très agité toute la nuit et a eu un délire presque furieux. A chaque instant, il se lève et veut sortir ; dans la nuit, le suintement buccal a reparu un instant ; les selles sont liquides, brunes ; il n'y a pas eu d'urine rendue depuis hier soir. T. 40,2 ; pouls à 80.

Soir. Le délire revêt toujours le même caractère ; le malade a rendu un peu d'urine, en allant à la selle. T. 40,4 ; pouls à 100. A 5 heures du soir, le malade est calme, il est plongé dans un sommeil profond ; cependant il s'éveille quand on lui parle, mais alors il délire ; le pouls est faible, mou et fréquent.

25. Sommeil toujours profond ; il a eu ce matin plusieurs selles liquides, abondantes et a uriné dans son lit, le tympanisme est moins prononcé. T. 41,2 ; pouls à 108.

Soir. T. 42 ; pouls à 128. Vers une heure, la peau est devenue moite et le corps s'est couvert de sueurs assez abondantes. Le sommeil devient de plus en plus profond ; c'est un véritable coma qui dure jusqu'à la mort qui a lieu à 7 heures du soir.

Je dois dire qu'en raison des autres cas de fièvre jaune qu'on venait de constater à l'hôpital et en ville, le médecin en chef a bientôt fait rentrer ce cas dans l'affection régnante. En effet, c'est bien un véritable cas de fièvre jaune, mais avec des allures singulières qu'on ne reconnaît pas habituellement à la fièvre jaune, parce qu'on n'étudie cette maladie que dans ses formes typiques. La lenteur de l'évolution, en raison de l'acclimatement du malade et de sa résistance individuelle, constitue la seule différence.

B. Nous allons voir maintenant si certaines fièvres dites pernicieuses ne peuvent pas se rapporter à la fièvre bilieuse inflammatoire.

### Observation XXXVII.

*Fièvre dite pernicieuse.*

Malherbe, transporté européen, 43 ans, 13 ans de Guyane, entre à l'hôpital de Cayenne le 12 décembre 1876. Il vient du chantier de Saint-Paul (approuague); il s'est rendu du débarcadère à l'hôpital à pied.

Depuis 8 jours, il est pris d'accès de fièvre vers 10 heures du matin, avec douleurs obtuses dans la région lombaire.

A 4 heures du soir, on trouve le malade en pleine transpiration; l'accès de fièvre paraît avoir débuté aussitôt son entrée à l'hôpital, la sudation s'est établie vers 3 heures du soir et le malade a présenté quelques symptômes d'obnubilation cérébrale. Cependant à 4 heures il répond encore aux questions qu'il comprend. La sensibilité et le mouvement sont conservés; le malade avale; les pupilles sont normales et se contractent facilement; la peau est chaude et couverte de sueurs.

L'auscultation et la percussion permettent de constater qu'il n'y a rien d'anomal dans la cavité thoracique. L'abdomen est un peu tendu; le foie et la rate ne présentent rien de particulier. Croyant assister à la fin d'un accès, la température n'est pas prise. *Prescription :* Lavement purgatif; quinine 1,50.

A 6 heures du soir, on appelle le médecin de garde; le malade n'a voulu rien prendre; il crache ce qu'on lui donne. Depuis un quart d'heure environ, la sudation est interrompue; le malade ne répond plus et est dans le coma complet.

La peau est chaude et sèche; les membres sont le siège de frémissements musculaires et restent étendus, sans être en résolution. Le pouls est à 120, petit, filiforme. Les inspirations sont nombreuses, mais on ne trouve rien à l'auscultation. On injecte sous la peau 0,60 centig. de quinine. Le coma fait des progrès rapides, le pouls devient presque imperceptible; la respiration irrégulière et saccadée, et le malade expire à 7 heures sans avoir présenté ni résolution, ni mouvement convulsif.

Autopsie faite 13 heures après la mort.

Homme robuste et bien constitué.

*Cavité thoracique.* — A l'ouverture du thorax, on trouve les plèvres parfaitement saines et libres d'adhérences; les poumons crépitants et tout à fait normaux. Le cœur et les gros vaisseaux ne présentent rien de particulier.

*Abdomen.* — Le péritoine est sain, excepté au niveau du foie; pas de liquide dans sa cavité. Le tube digestif, légèrement distendu par des gaz, n'offre rien à noter.

*Foie.* — Le foie assez volumineux présente de nombreuses adhérences

à la paroi abdominale et au diaphragme, ce qui rend son ablation assez difficile ; il pèse 1940 gr.; sa surface est régulière, lisse et unie. La capsule se détache assez facilement; la vésicule biliaire est distendue par un liquide noir, presque sirupeux. A la coupe, le tissu du foie est luisant, granité et présente une coloration uniforme, rappelant celle de la terre de Sienne. Les lobules sont peu distincts. Le foie a une teinte bistre générale, au milieu de laquelle on aperçoit de nombreux points rouges, représentant les veines sus-hépatiques gorgées de sang. Une notable quantité de sang s'écoule à la coupe de gros troncs veineux sus-hépatiques.

*Rate.* — En cherchant la rate à la place accoutumée, on ne trouve rien, mais en disséquant avec précaution la région de l'hypochondre gauche, on rencontre accolée à la queue du pancréas et s'étendant vers la grande courbure de l'estomac, une petite masse noire, triangulaire, aplatie, tenant lieu et place de rate, d'un poids de trois grammes.

Cette petite masse présente deux faces : l'interne en rapport avec la queue du pancréas est rugueuse, formée par du tissu conjonctif épaissi et contient des cordons fibreux, vestiges des vaisseaux spléniques ; la face externe, au contraire, est noire, lisse et n'offre aucune trace de processus inflammatoire. Nulle part autour de cet organe atrophié, on ne rencontre d'adhérences péritonéales. Une section transversale permet de constater que cette masse est formée de tissu conjonctif renfermant une certaine quantité de pigment noir.

*Pancréas.* — Le pancréas pèse 70 gr. et a une apparence normale.

*Reins.* — Les capsules surrénales et les reins semblent parfaitement sains.

*Centres nerveux.* — A l'ouverture de la boîte crânienne, on aperçoit les sinus de la dure-mère gorgés de sang noir. La membrane fibreuse ne présente point d'adhérence anormale.

La pie-mère est le siège d'une congestion intense et générale. Une véritable injection naturelle rend le tissu vasculaire visible à l'œil nu. Les veines sont turgescentes, et çà et là, seulement au niveau des lobes sphénoïdaux, on voit des taches d'un rouge vif qu'un faible grossissement permet de reconnaître pour de petits épanchements sanguins sous-méningés. La pie-mère est partout transparente et se détache facilement de la surface des circonvolutions.

La substace cérébrale est indemne et ne présente pas de traces de congestion. Les ventricules sont sains et ne contiennent pas de liquide; la protubérance, le bulbe et le cervelet n'offrent rien de particulier (observation recueillie dans le service de la transportation, par le Dr Hache).

Il est bien difficile de s'appuyer ici sur la lésion anatomique pour faire son diagnostic. Un accès pernicieux avec une rate

de trois grammes est vraiment un fait extraordinaire. Nous le signalons, sans nous y arrêter; il suffit de lire cette observation pour voir qu'elle offre plus d'un point de ressemblance avec celles que nous avons données comme appartenant à la fièvre bilieuse inflammatoire.

Ce cas prouve la tendance naturelle que l'on a à invoquer les accès pernicieux dans les pays chauds, parce qu'on ne sait à quoi penser. Remarquons qu'à ce moment même on observait dans le service de la transportation des formes pernicieuses avec symptômes cérébraux présentant certains caractères particuliers sur lesquels on n'était pas fixé; on observait à une époque qui précédait la fièvre jaune et qui en était le prélude.

*Conclusions.* — En résumé, nous avons cru devoir faire un paragraphe spécial pour grouper ensemble des maladies dont la nature nous paraît la même. Nous croyons qu'il est conforme à la réalité et en tous cas il est entièrement conforme aux observations. Peut-être nous accusera-t-on d'avoir été trop loin dans cette voie de la synthèse? Nous ne le croyons pas. Cependant il est bien certain que nous ne pouvons pas avoir fait là une œuvre définitive, mais nous croyons avoir indiqué une voie qui a besoin d'être explorée et qui promet des résultats heureux. Quand on aura fait de nouvelles études, que l'on sera bien fixé sur la nature des maladies et que l'on saura enfin à quel grand groupe appartient une forme assez bien déterminée, il sera facile de créer des variétés dépendant d'une même cause morbide, mais agissant d'une manière différente suivant certaines conditions. La nature du mal sera connue et on agira d'une manière aussi sûre qu'efficace. Je ne terminerai pas ce paragraphe sans signaler, comme à peu près pathognomonique, un signe anatomique à peu près constant, c'est la coloration muscade du foie; on dit, quand on rencontre ce signe qu'il est le caractère des foies du pays. Cette coloration nous semble établir une différence entre les maladies de nature amarile et celle de nature paludéenne que nous allons maintenant étudier.

### C. *Diagnostic différentiel.*

On remarquera que je me suis abstenu, dans ce chapitre important et difficile du diagnostic, de faire des citations empruntées à plusieurs auteurs éminents dont l'autorité est incontestable.

Mais la question que j'aborde est si difficile et si discutée que j'aurais craint, en faisant des citations, d'embrouiller le sujet déjà si complexe et de paraître m'interposer entre des hommes que je n'ai point qualité pour juger. On me permettra de continuer à suivre cette marche pour la partie qu'il me reste à traiter. J'aime mieux dire ce que jai vu et observé, en y joignant mes appréciations personnelles. Du reste, je n'ai pas la prétention de tout passer en revue, car je pourrais m'égarer dans le dédale des fièvres bilieuses; je veux seulement indiquer certains points qui me paraissent bien établis, en prenant comme base inébranlabe la cause et la nature du mal.

Je vais donc discuter brièvement les maladies qui se différencient de la fièvre bilieuse inflammatoire. Ces maladies sont pour la plupart de nature paludéenne. Toutefois nous aurons besoin d'établir une certaine différence entre la fièvre jaune épidémique et la fièvre bilieuse inflammatoire, car si nous avons rapproché ces deux maladies quant à la nature, en nous plaçant à un point de vue synthétique très élevé, il n'en est pas moins vrai cependant que ce sont deux espèces distinctes.

Ainsi nous passerons en revue les maladies dues à l'élément paludéen en montrant les caractères qui les différencient de la fièvre inflammatoire.

Nous étudierons ensuite les fièvres amariles et nous montrerons la distance qui sépare la fièvre inflammatoire de la fièvre jaune épidémique.

### *Fièvres paludéennes.*

Les maladies de nature paludéenne sont difficiles à étudier; c'est une sorte de *caput mortuum* de la nosologie dans laquelle on a fait entrer provisoirement un nombre assez grand d'affections différentes. Il est important aujourd'hui d'en dégager une certaine partie et c'est ce que j'ai tenté dans mon paragraphe de diagnostic synthétique.

Cependant il nous faut tâcher d'analyser les différentes formes sous lesquelles se présente le paludisme pour montrer les caractères qui les séparent de la fièvre bilieuse inflammatoire. Nous pensons qu'on peut diviser artificiellement les affections paludéennes de la manière suivante :

1° Fièvre intermittente simple ou compliquée de symptômes

pernicieux; 2° fièvre bilieuse simple; 3° fièvre bilieuse compliquée d'hématurie ou de mélanurie; 4° fièvre bilieuse compliquée d'hépatite.

a. *Fièvre intermittente simple ou compliquée de symptômes pernicieux.* — Pour établir le diagnostic différentiel entre la fièvre dite inflammatoire et la fièvre paludéenne intermittente simple ou compliquée, nous ferons quelques emprunts à l'ouvrage de mon maître M. Bérenger Féraud (de la fièvre dite bilieuse inflammatoire aux Antilles, page 330 et suivantes).

« Il y a l'intérêt le plus grand à bien connaître le diagnostic différentiel entre la maladie qui nous occupe et la fièvre paludéenne; car, ne nous y trompons pas : la quinine est aussi nécessaire dans les affections malariennes qu'elle est contre-indiquée dans les maladies amariles. Ce qui complique très fâcheusement le problème, c'est que, dans la fièvre inflammatoire la moins discutable, on voit fréquemment des exacerbations, de véritables intermittences même, qui font tout remettre en question dans l'esprit de ceux qui se croyaient le mieux fixés. »

Cette proposition est vraie et mérite d'être retenue.

Il faut donc chercher les caractères qui nous feront reconnaître la fièvre paludéenne. Malheureusement ces caractères ne sont pas tous d'une valeur absolue, mais enfin dans l'état actuel, on peut les résumer ainsi :

« Le plus souvent le malade a eu des accès de fièvre qu'il connaît bien, et qu'il indique au médecin d'une manière précise.

« Le plus souvent le sujet a passé plus ou moins longtemps dans les foyers maremmatiques, où il est arrivé d'Europe depuis un certain temps déjà.

« Le plus souvent on ne voit des accès de fièvre paludéenne que dans des pays où il y a des foyers maremmatiques.

« Quelquefois, et même on peut dire le plus souvent, la fièvre paludéenne s'observe chez des sujets plus ou moins débilités.

« L'accès de fièvre paludéenne ne dure en général que douze ou quinze heures au plus, en temps ordinaire.

« Pas d'enduit gingival; pas d'érythème scrotal.

« Pâleur de la face et peu de rougeur après la période des frissons.

« Pas d'injection de la conjonctive.

« Après la période des sueurs, la santé semble complètement revenue dans la très grande majorité des cas.

« Accès de fièvre périodique et reparaissant à des époques bien déterminées en général.

« Pas d'anneau caractéristique des urines traitées par l'acide nitrique; pas d'albumine, si ce n'est dans les formes compliquées de la maladie. »

Un signe qui me semble plus caractéristique, c'est la quantité de l'urée qui, dans la fièvre inflammatoire, va toujours en diminuant sans s'inquiéter de la température, et qui au contraire paraît en rapport avec la température dans la fièvre intermittente où les fonctions du foie sont activées.

TABLEAU DE LA TEMPÉRATURE ET DE L'URÉE

DANS LA FIÈVRE INTERMITTENTE.

| JOURS de la maladie | TEMPÉRATURE | | QUANTITÉ des urines. | QUANTITÉ de l'urée. |
|---|---|---|---|---|
| | matin. | soir. | | |
| 1 | » | 40,5 | | |
| 2 | 36,5 | 37,2 | 1500 | 33 gr. |
| 3 | 37,2 | 40,4 | 1200 | 67,71 |
| 4 | 37,4 | 40 | 1500 | 67,36 |
| 5 | 38,4 | 40 | un litre. | 47,03 |
| 6 | 38 | 39,6 | un litre. | 47,45 |
| 7 | 37 | 37,2 | un litre. | 43,00 |
| 8 | 36,5 | 36,5 | un litre. | 27,03 |

Nous donnons ce tableau pour qu'il puisse être comparé à ceux de la fièvre inflammatoire et il se rapporte aussi bien aux fièvres bilieuses paludéennes qu'à la fièvre intermittente simple, car toutes ces affections dites paludéennes nous semblent surtout caractérisées par le surcroît d'activité des fonctions du foie, tandis que la fièvre inflammatoire se caractériserait par un arrêt des fonctions sécrétoires de la glande hépatique.

Aussi à la Guyane, où l'influence amarile nous paraît prédominer, il faut bien prendre garde aux états complexes qui peuvent survenir et c'est là que réside la difficulté. Ainsi une fièvre

intermittente simple et de nature véritablement paludéenne ouvre la scène, on voit le foie activer ses fonctions et produire de l'urée et de la bile, mais cet organisme peut à ce moment même où il n'offre plus beaucoup de résistance aux influences extérieures être impressionné par le poison typhique et les organes sécréteurs ralentiront bientôt leurs fonctions.

Ainsi donc dans la fièvre intermittente simple ou compliquée, comme dans les fièvres bilieuses paludéennes, c'est principalement l'organe hépatique qui est tout d'abord impressionné et qui réagit en faisant beaucoup d'urée et beaucoup de bile.

Dans la fièvre inflammatoire et les fièvres amariles, l'action toxique se manifesterait tout d'abord par une diminution des fonctions du foie et des autres organes sécréteurs.

Un caractère différentiel de premier ordre, pour toutes les formes, c'est que la fièvre paludéenne n'est jamais contagieuse; de plus, une première atteinte est une prédisposition pour une série d'autres et on ne s'acclimate jamais à la fièvre paludéenne.

Dans les formes graves et compliquées, c'est à l'intensité prédominante d'un symptôme qu'il faut attribuer la perniciosité; mais ici nous ne voulons point nous engager dans cette route inextricable. Cependant nous ferons remarquer que ce qui paraît constituer le caractère principal de ces formes, c'est que les congestions des organes sont multiples et passagers.

b. *Fièvre bilieuse simple.*— Nous avons vu ce qu'il fallait penser de cette fièvre dite bilieuse des pays chauds. Nous avons vu qu'elle était dans bien des cas appelée improprement bilieuse, car on ne trouvait de bile nulle part, qu'elle se présentait le plus souvent sous la forme rémittente et continue, et qu'elle était probablement de nature amarile. Cependant il peut se faire que la fièvre intermittente se complique de phénomènes véritablement bilieux, par exagération de la fonction du foie et donne lieu à une fièvre bilieuse bien justifiée.

On reconnaîtra ces cas aux signes suivants :

« L'ictère se produit dans les atteintes même très bénignes et est parfois très accusé dans le début.

« Abondance de vomissements bilieux dans les cas même très légers.

« Urines ictériques dès le début, même dans les cas légers. »

C'est dans ces cas de fièvre paludéenne avec ictère bili-

phéique que la quinine agit d'une manière remarquable. Les cas de cette fièvre bilieuse vraie ne peuvent être traités qu'avec l'aide de ce médicament précieux et héroïque. Si on a échoué si souvent avec la quinine dans les fièvres bilieuses des pays chauds, c'est qu'on avait affaire à des fièvres pseudo-bilieuses, du genre de celles que nous avons étudiées.

*Fièvre bilieuse compliquée d'hématurie ou de mélanurie.* — Nous avons indiqué déjà la nature complexe de la fièvre à urines noires qui peuvent être dues au sang ou à la bile. Nous avons dit que l'hématurie pouvait se rencontrer aussi bien au Sénégal, qu'aux Antilles et qu'à la Guyane; mais que ce n'était le plus souvent qu'un symptôme de la fièvre bilieuse inflammatoire; tandis que la mélanurie due à la bile est plutôt le fait du paludisme et se montre beaucoup plus fréquemment au Sénégal qu'ailleurs.

Nous ne voulons point discuter la valeur des abcès phycténoïdes dans la production de l'hématurie; nous ne croyons pas qu'un symptôme anatomique qui n'est pas constant, puisse être la caractéristique d'une affection. En effet, l'hématurie peut servir à distinguer des variétés; mais non des entités morbides.

Si nous nous demandons à quel groupe d'affections appartient le plus souvent l'hématurie tropicale, nous voyons qu'elle est beaucoup plus fréquente dans les maladies du groupe amarile que dans les maladies du groupe palustre. Et du reste, si on lit les observations données à ce sujet, on voit que les urines sont surtout albumineuses et présentent à certains moments une coloration foncée qui paraît due aux matières colorantes du sang. Elles se rapprochent, à ce point de vue, des observations de fièvre bilieuse inflammatoire, avec cette différence que dans certaines conditions et dans certains milieux, les reins sont plus altérés. Du passage du sérum à celui du sang dans les urines, il n'y a souvent qu'un pas; or, l'albuminurie ou la sérumurie est très rare dans la fièvre dite paludéenne.

Quant à la fièvre dite bilieuse mélanurique, elle paraît bien due à la bile et ne semble être qu'une variété du paludisme.

Voici les caractères qui la distinguent :

« Le séjour prolongé dans les pays chauds paludéens est la cause prédisposante la plus puissante et même indispensable.

« La maladie est toujours précédée de nombreux et fréquents

accès de fièvre paludéenne, simples d'abord, plus ou moins compliqués et prenant en général de plus en plus l'aspect bilieux, ayant dans tous les cas très notablement anémié le sujet.

« Très généralement la maladie débute par un accès de fièvre avec frisson violent et plus ou moins prolongé, en tout semblable à l'accès de fièvre paludéenne.

« L'ictère paraît d'emblée avec le premier accès au début de la maladie et ne manque jamais; il donne dès le commencement et pendant tout le temps au malade un aspect jaunâtre, variant du jaune vert au jaune ocre très accusé; il est, dans tous les cas, général et de même teinte partout.

« La marche est intermittente ou rémittente d'abord et le pouls, les urines, les vomissements suivent très exactement ces variations. Quand la fièvre cesse, survient la période de faiblesse et de réparation qui ne ressemble en rien à la rémission de la fièvre inflammatoire.

« Le pouls suit les variations habituelles à la fièvre paludéenne pendant la période fébrile de deux ou trois accès qui constituent la première partie de la maladie, il ne tombe pas d'un coup et absolument, étant en cela et en tout semblable au pouls des accès intermittents.

« La céphalalgie est totale et formant comme une lourde calotte sur le crâne du sujet; elle va croissant pendant les six ou huit heures que dure l'accès, puis diminue très notablement et disparaît même quelquefois pour reprendre au prochain accès.

« Le facies est abattu, jaunâtre dès le début ou peu après l'invasion de la maladie. Les conjonctives sont de couleur jaunâtre, jamais injectées.

« Les douleurs du tronc sont en ceinture allant des reins aux hypochondres.

« Les vomissements sont bilieux, de couleur verte très accusée, le plus souvent analogue à l'eau d'épinards; ils se présentent constamment dès le début de l'accès et s'arrêtent avec lui pour reprendre avec le suivant.

» Après la première période ou la période fébrile, les vomissements continuent, mais en conservant exactement les mêmes caractères; ils tachent très fortement les linges en vert-clair et, s'ils sont recueillis dans une cuvette, ils paraissent très

transparents, d'une belle couleur vert-émeraude ou d'une couleur olivâtre.

« Il y a quelquefois une diarrhée bilieuse dès le début de la maladie et pendant les vomissements; plus tard, il y a souvent diminution des selles et il faut recourir fréquemment à des minoratifs pour entretenir la liberté du ventre.

» La langue est humide, large, couverte d'un enduit blanchâtre assez épais; cet enduit se colore bientôt en vert, par les vomissements. La langue n'est rouge, ni à sa pointe, ni sur ses bords, elle reste ainsi large, chargée et humide jusqu'à la fin de la maladie.

« Les urines sont noires dès le début, et leur couleur est caractéristique, à tel point que le malade en est toujours vivement impressioné. Elles sont très généralement abondantes et fréquentes, n'ont leur aspect mélanurique que pendant les accès. Plus tard, les urines sont fortement colorées encore, mais ne sont plus noires. Elles sont peu abondantes quelquefois, mais ne sont pas supprimées si ce n'est pendant quelques heures avant la mort.

« Les accès du début qui peuvent être enrayés par la quinine, ne réclament jamais les antiphlogistiques.

« La maladie est manifestement liée au paludisme; elle suit et est suivie d'accès intermittents, elle n'est absolument pas transmissible d'homme à homme.

« Les récidives sont très fréquentes et de plus en plus faciles à mesure que les atteintes se sont multipliées.

« Pas d'enduit gingival, ni d'érythème scrotal. »

On voit donc que si nous avons une tendance à faire rentrer la fièvre bilieuse hématurique dans le groupe que nous décrivons, nous avons des raisons pour en tenir éloignée la fièvre bilieuse mélanurique qui s'en sépare assez nettement, au point de vue clinique et étiologique.

Dans l'état actuel, nous ne pouvons pas en dire davantage, de crainte de rendre le problème encore plus obscur. Une seule question à poser : Pourquoi la fièvre bilieuse mélanurique est-elle plus fréquente au Sénégal qu'aux Antilles et à la Guyane? Est-ce parce que l'élément palustre y est plus intense ou bien est-ce en raison des conditions météorologiques spéciales? Les deux conditions peuvent se trouver réunies, mais ce qu'il y a

de certain c'est que la météorologie particulière du Sénégal la favorise beaucoup.

*Fièvre bilieuse compliquée d'hépatite.* — Ici nous avons à faire un diagnostic différentiel de la plus haute importance, mais aussi d'une grande difficulté. Deux grandes variétés d'hépatite, de nature toute différente peuvent être mises en présence. L'une serait l'hépatite diffuse aiguë ou atrophie jaune aiguë ou typhus cholémique (Peter) et serait sous la dépendance exclusive d'une cause infectieuse; la lésion anatomique répondrait à l'ictère grave de nos pays et à la fièvre jaune d'Amérique.

L'autre serait l'hépatite vraie, circonscrite ou parenchymateuse et se trouverait surtout sous la dépendance d'un fonctionnement exagéré du foie sous l'influence palustre principalement.

La première serait surtout caractérisée par l'état d'anémie et de dégénérescence graisseuse du foie, et serait de nature amarile ou typhique; la seconde serait caractérisée par une inflammation circonscrite, avec rougeur, augmentation de volume et abcès et répondrait à la description de l'hépatite paludéenne.

C'est surtout au Sénégal qu'on observe les cas de cette seconde variété et qui sont souvent bien embarrassants car leur nature peut être complexe. On voit, en effet, des hommes qui ont eu plusieurs fois des fièvres bilieuses avec ictère vrai, être pris rapidement de point hépatique et succomber bientôt à un abcès du foie.

Les abcès du foie si fréquents au Sénégal semblent donc être sous la dépendance des fièvres bilieuses vraies et sont le résultat d'un fonctionnement exagéré de l'organe hépatique, sous l'influence combinée de l'élément palustre et des variations excessives de température. Il sera utile dans l'étude nouvelle de ces complications de donner la quantité d'urée.

A la Guyane, les complications d'hépatite vraie sont rares. La douleur dans l'hypochondre droit avec ses irradiations au cou et à l'épaule est peu commune et peu intense, tandis qu'elle est fréquente au Sénégal; de plus, il est bien rare d'observer ces vomissements bilieux verdâtres abondants que l'on remarque au Sénégal.

Je n'ai vu pendant mon séjour de deux ans à la Guyane qu'un seul abcès de foie. Il s'est présenté chez un chercheur d'or,

mais cet abcès a mis plus de dix mois à évoluer, tandis qu'au Sénégal les abcès évoluent rapidement en quelques semaines.

La marche de la maladie dans les deux pays est totalement différente. Au Sénégal, le foie fonctionne beaucoup et les abcès sont fréquents; à la Guyane, le foie fonctionne peu et les abcès sont excessivement rares. C'est donc que les conditions sont différentes. C'est là la cause des divergences d'opinions sur des maladies à peu près semblables observées dans des pays différents.

Nous croyons voir dans ce fait une preuve que l'influence amarile ou typhique domine à la Guyane, et qu'au Sénégal c'est l'influence palustre et mésologique qu'il faut accuser particulièrement.

Nous ne quitterons pas ce sujet que nous ne voulons point développer, sans parler d'un phénomène particulier à certaines inflammations de foie ; c'est la marche de la fièvre qui est souvent intermittente, sans que la cause de l'inflammation ou de la congestion du foie soit de nature paludéenne. Il faut avoir bien soin de tenir compte de ce phénomène pour ne pas s'exposer à donner au paludisme ce qui ne lui revient pas. La fièvre intermittente hépatique se développe dans l'angiocholite suppurée, dans la lithiase biliaire ou bien dans les cas d'inflammation des conduits biliaires ou même de la stagnation de la bile (corps étrangers, kystes hydatiques, bride cicatricielle, tumeurs du pancréas). L'accès dans ces différents cas ressemble absolument à l'accès classique du paludisme. Il est des cas où les intermittences présentent une régularité aussi marquée que dans les fièvres de marais. Mais un caractère de la fièvre intermittente hépatique, c'est l'heure d'apparition des accès ; tandis que ceux de l'intermittente légitime se produisent le matin, ceux-ci débutent le soir ou dans la nuit, ainsi qu'il en arrive dans la plupart des fièvres intermittentes symptomatiques. C'est surtout la mesure de l'urée qui donnera le criterium dans ces différentes manifestations. Dans les accès véritablement palustres, avec ou sans polycholie, la proportion d'urée éliminée augmente dès le début; élévation de température et augmentation du taux de l'urée y sont absolument connexes. Dans les accès intermittents symptomatiques d'une lésion du foie ou de l'atrophie jaune aiguë, comme dans la fièvre bilieuse inflammatoire,

non seulement la quantité d'urée n'augmente pas pendant l'accès, mais elle tombe à son minimum et devient bien inférieure à celle que l'on avait constatée pendant la période apyrétique. Nous avons vu et signalé le fait plusieurs fois dans nos observations et nous trouvons l'analogie dans un cas très net, communiqué par M. Regnard à la socité de biologie (22 novembre 1873) où la quantité d'urée excrétée les jours d'apyrexie variait de 14 à 20 grammes avec une température de 37,4 tandis que pendant les accès où le thermomètre montait jusqu'à 40 et 41, le chiffre de l'urée descendait à 8 gr., 7 gr. et même 4 grammes.

Il faut donc bien distinguer ces variétés d'hépatite et les conditions dans lesquelles elles se produisent. Nous répétons que l'hépatite qui peut se produire dans la fièvre bilieuse inflammatoire tient à l'état anémique ou de dégénérescence du foie avec un peu d'hypérémie en certains points. Il faut donc distinguer avec soin l'hépatite paludéenne de l'hépatite diffuse ou de nature amarile.

## FIÈVRES AMARILES.

L'influence amarile à la Guyane peut se présenter sous deux formes : la forme sporadique ou anormale et la forme épidémique. Il est utile de différencier ces deux formes, et c'est pour n'avoir pas bien compris ces différences et ces analogies entre des affections dont la nature est la même, mais dont l'évolution est bien peu différente, que la pathologie des pays chauds est restée obscure.

Je sais bien que des observateurs éminents ont pensé que la fièvre jaune était toujours semblable à elle-même et qu'elle ne pouvait régner qu'à l'état épidémique. Nous le pensons aussi, puisque nous réservons le nom de fièvre jaune à une maladie essentiellement épidémique; mais nous pensons qu'il est utile et conforme aux faits cliniques d'admettre que cette maladie épidémique au suprême degré est toujours entée sur une maladie moins épidémique et moins contagieuse, parce que la cause est moins puissante, et cette maladie c'est la fièvre bilieuse inflammatoire telle que nous l'avons définie et décrite.

Elle guérit généralement, avons-nous dit, mais quand la

mort arrive, elle fait toujours songer à la fièvre jaune et on se contente de dire : si nous étions en temps de fièvre jaune, nous dirions que c'en est un cas. C'est pour éviter cette confusion que nous disons que la fièvre inflammatoire est la fièvre jaune à l'état sporadique ou plutôt la fièvre jaune bâtarde ou anormale.

Il est une maladie dont nous n'avons pas parlé jusqu'à présent, mais de laquelle il est important de dire un mot, d'autant plus que nous en profiterons pour compléter notre pensée; je veux parler de l'ictère grave.

Nous savons que l'on tend aujourd'hui à considérer l'ictère grave comme une fièvre jaune nostrâs, une fièvre jaune de nos pays tempérés. Eh bien, si on compare l'ictère grave à la fièvre jaune véritable avec ses caractères d'épidémicité et de contagiosité extrêmes, on trouvera bien des différences, et l'esprit se fera difficilement à l'idée que la fièvre jaune épidémique du Sénégal et l'ictère grave de Lille sont des maladies identiques. Mais si l'on compare l'ictère grave que l'on observe de temps en temps dans nos pays avec la fièvre jaune bâtarde que nous décrivons, c'est-à-dire dégagée de ses caractères véritablement épidémiques et de son cortège le plus effrayant, on trouvera de réelles analogies.

Pour nous, nous admettons assez facilement ces analogies, pourvu qu'il soit bien établi que dans l'ictère grave de nos pays comme dans la fièvre bilieuse inflammatoire des Antilles, les phénomènes de cholémie ou plutôt d'acholie sont sous la dépendance d'une intoxication primitive du sang et ne sont jamais que secondaires.

Mais nous en avons dit assez de cette question qui n'est pas encore résolue. Maintenant si nous nous sommes bien fait comprendre, nous pouvons essayer de montrer les différences de gravité et d'intensité qui règnent entre la fièvre jaune véritablement épidémique et la fièvre jaune bâtarde ou fièvre bilieuse inflammatoire.

Nous ne pouvons pas donner des observations de fièvre jaune épidémique et, comme elle est beaucoup mieux connue que la forme que nous étudions, nous préférons renvoyer le lecteur aux ouvrages spéciaux et nous nous contenterons d'èn donner certains caractères principaux.

Elle sévit le plus ordinairement sur les Européens récemment arrivés et les cas sont toujours nombreux.

Elle est très contagieuse et c'est surtout en fréquentant les malades et les lieux infectés qu'elle se contracte.

Les prodromes sont à peu près nuls et le début est brusque.

L'ascension thermique est élevée, la face est vultueuse, les yeux brillants ; la céphalalgie violente ; coup de barre, brisement des membres ; agitation et insomnie.

L'ictère est peu apparent et est masqué dans les premiers jours par la teinte rouge du corps ; cependant on remarque dès le deuxième ou troisième jour une teinte jaunâtre des sclérotiques au-dessous de la teinte rouge et souvent on observe une teinte minium qui résulte des deux colorations. Malgré cet ictère, la bile n'apparaît pas dans les urines qui sont albumineuses de bonne heure et qui ont une coloration jaune-orangé, quelquefois jaune-rougeâtre.

L'urée va en diminuant progressivement et rapidement. Ainsi au début de l'atteinte, on voit l'urée à 29 gr. le lendemain à 16, le troisième jour à 10, le quatrième jour à 5 ou 6 et quelquefois à 2 gr. par litre. La quantité des urines suit la même proportion que l'urée et souvent en moins de trois jours on remarque l'anurie.

Le vomissement caractéristique présente la teinte noire.

Les hémorrhagies ont lieu par toutes les voies et quelquefois par l'appareil urinaire ; les épanchements sanguins sous-cutanés et intra-musculaires lui sont propres.

Presque jamais de récidives au moins semblables.

La transmissibilité est bien démontrée par les malades ou les objets des malades.

L'estomac est hypérémié et ulcéré.

La rate est saine quelquefois, d'autres fois ramollie et hypertrophiée.

Le foie présente la dégénérescence graisseuse ; il a une couleur café au lait ou muscade.

Le sulfate de quinine est nuisible et augmente les vomissements.

Nous nous en tenons à ces grandes lignes pour rappeler la physionomie de la fièvre jaune que l'on connaît et nous pourrons voir facilement qu'elle n'est que l'exagération de la ma-

ladie que nous avons décrite et que nous appelons fièvre inflammatoire ou fièvre jaune bâtarde. Il y a certainement une différence dans l'intensité des phénomènes et des lésions ainsi que dans la rapidité de l'évolution, mais on voit que le fond est le même et que la cause est moins puissante.

Du reste, nous allons encore donner quelques observations de cette fièvre jaune anormale que l'on rencontre si souvent pendant les épidémies de fièvre jaune, et nous verrons le tableau de la fièvre bilieuse inflammatoire.

### Observation XXXVIII.

*Fièvre dite typhoïde bilieuse.*

Emilien, Julien, transporté; homme de couleur, provenant de la Réunion. Se trouve à la Guyane depuis quelques années; 4 mois de Maroni.

Entré le 26 janvier 1877 à l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni. Malade depuis 8 jours. Dès le commencement, douleurs sourdes dans les hypochondres et à l'épigastre; douleurs sourdes dans les membres et les reins; perte d'appétit et vomissements. Se plaint surtout de toux.

27 janvier. Les symptômes se sont accentués dans la journée d'hier, aussitôt après la visite; vomissement de tout ce qui est ingéré. Peu de fièvre; 38. Douleur intense dans les hypochondres et à l'épigastre, dans les reins et les membres; agitation; soubresauts qui ont forcé à le coucher par terre; intolérance complète de l'estomac. Pas d'urine; connaissance complète.

28. Vomissement de tout ce qui est ingéré; la coloration des vomissements est très foncée. L'agitation continue, au point que le malade est tombé plusieurs fois de son lit. Plaintes continuelles; le délire est survenu vers 3 heures.

Mort le 28 à 6 heures du matin.

Autopsie faite 10 heures après la mort.

*Aspect extérieur.* — Homme vigoureux, nullement amaigri, ni débilité par la maladie. Coloration légèrement jaune des téguments et des sclérotiques; cette coloration est appréciable malgré la couleur foncée de la peau du sujet. Dès l'ouverture, cette même coloration apparaît peu prononcée, dans tous les tissus.

*Foie et Rate.* — Ces viscères paraissent normaux, comme volume et comme couleur, à l'examen superficiel et à la coupe.

*Estomac.* — Rempli de matières liquides rougeâtres. La muqueuse est d'un rouge-foncé, vineux, dans presque toute son étendue, sauf sur quelques points très rares et peu étendus en surface. Il n'y a pas d'ulcérations, mais

en certains endroits elles paraissent imminentes. Cette muqueuse est ramollie, gonflée et surtout se détache des tissus sous-jacents avec une grande facilité ; ainsi une section faite avec des ciseaux dans l'épaisseur des parois, laisse apercevoir très distinctement une ligne de démarcation entre la muqueuse d'un côté et de l'autre les couches superficielles de la paroi.

*Intestin.* — Une portion de l'intestin prise dans l'iléon, près de l'embouchure dans le cœcum est aussi examinée. Les matières contenues semblables aux déjections pendant la vie sont de couleur cendrée et complètement liquides. La muqueuse est généralement ardoisée et dans les parties les moins foncées apparait un piqueté de barbe fraîchement faite. On ne trouve pas de plaque de Peyer altérée.

Cette observation a été recueillie par M. Vieuille, médecin de 2e classe, au Maroni, à une époque où venait de régner la fièvre jaune; on peut voir qu'elle ne diffère pas de celles que nous avons déjà fournies, mais il est important, en terminant ce chapitre, de voir d'une manière générale ce que l'on observe à la Guyane pendant ou après les épidémies de fièvre jaune. Il est aussi utile de voir ce que les autres observateurs ont remarqué, et c'est la raison qui m'a fait reproduire l'observation qui précède.

### Observation XXXIX.

*Fièvre jaune anormale.*

Larbi-ben-Mohamed, transporté arabe ; 2 ans de Guyane, entre à l'hopital de la transportation de Cayenne, le 28 mai 1877.

Cet homme était malade depuis 4 jours quand subitement il fut pris d'épistaxis assez abondante pour nécessiter le tamponnement. Quantité d'albumine assez considérable dans les urines qui sont rares ; selles bilieuses ; dysphagie et céphalalgie, se plaint d'une violente douleur aux reins. Matin. T. 39,4. Soir. T. 37,6.

29 mai. La quantité d'urée dans les urines est de 22 gr. 95 par litre. Matin. T. 38,4. Soir. T. 38,2.

30. Matin. T. 38,8. Soir. T. 38.

31. Matin. T. 39,4. Soir. T. 39,6. Pas d'albumine, ni bile dans les urines. Délire dans la nuit.

1er juin. Matin. T. 39,4. Soir. T. 39,4. Les urines plus abondantes ont donné ce matin de l'albumine qui a reparu ; traces de bile. On observe le soir un vomissement noir ; hémorrhagies intestinales.

2 juin. Matin. T. 39. Soir. T. 40,4.

3. juin. T. 40,2 ; pouls à 128. Mort à 9 heures du matin.

Autopsie faite 3 heures après la mort.

*Habitus extérieur.* — Couleur jaune des téguments et des conjonctives. Le plan inférieur du cadavre est un peu violacé; légère teinte jaune du tissu cellulaire et des cartilages costaux.

*Poitrine.* — Les poumons sont sains.

*Abdomen.* — A l'ouverture, les intestins distendus par des gaz et des liquides paraissent fortement ecchymosés par place. Le côlon transverse était très développé et masquait la plupart des organes.

*Foie.* — Son poids est de 1800 gr.; couleur de farine de moutarde très prononcée; état graisseux très manifeste; peu de bile dans la vésicule.

*Rate.* — Son poids est de 320 gr.; couleur ardoisée habituelle; la pulpe splénique ne présente rien de particulier.

*Reins.* — Les reins sont volumineux et fortement graisseux. Le droit pèse 195 gr. et le gauche 205 gr.

*Estomac.* — L'estomac est distendu pas des gaz et rempli d'une matière noire abondante, d'une couleur café au lait foncé. Sa face interne présente des arborisations, sa face externe présente une ulcération arrondie n'intéressant que la tunique celluleuse à travers laquelle les autres tuniques font hernie.

*Intestins.* — Les intestins présentent des ulcérations dans plusieurs endroits et la muqueuse paraît profondément atteinte.

Ce cas a été observé par moi à l'hôpital de la Transportation de Cayenne, peu de temps après mon arrivée dans la colonie et pendant une période de fièvre jaune épidémique. Malgré la propension que l'on a à rejeter l'idée de fièvre jaune, quand il s'agit d'un arabe et d'un noir, je le rapprochai cependant de la maladie régnante. Il faut avouer pourtant qu'il diffère un peu des cas que l'on observe chez les Européens qui viennent d'arriver de France, mais cette différence ne tient qu'à son séjour de deux ans dans la colonie et aussi à sa race.

## Observation XL.

### *Fièvre jaune anormale.*

Larbi-ben-Alballah, transporté arabe, 8 mois de Guyane, est admis à l'infirmerie du pénitencier de Cayenne pour ulcère à la jambe; il fut pris au bout de quelques jours de fièvre continue avec vomissements bilieux. Au bout de trois ou quatre jours, il fut pris d'épistaxis très abondante qui nécessita son entrée à l'hôpital.

On constate des hémorrhagies abondantes par le nez et la bouche; céphalalgie violente. T. 40,2.

11 juin. On trouve de l'albumine dans les urines. Matin. T. 39. Soir. T. 39,6.

12 juin. Matin. T. 38,2. Soir. T. 38,6.

13 juin. Matin. T. 36,8. Soir. T. 36,8.

14 juin. Vers 4 heures du matin, le malade s'est levé pour uriner; la température axillaire était alors à 38,2. Aussitôt recouché, le râle a commencé et il est mort avec une température de 37,4.

Autopsie faite 3 heures après la mort.

Rien dans la poitrine; poumons et cœur sains.

*Crâne.*— Les méninges sont légèrement congestionnées; pas de sérosité dans les ventricules.

*Foie.* — Couleur farine de moutarde; poids, 1 k. 720 gr.

*Rate.* — Volumineuse 620 gr., mais peu diffluente et d'une consistance normale; dépôt fibrineux sur sa face convexe.

*Reins.* — Légèrement congestionnés.

*Estomac.* — Contient une matière noire assez abondante et présente de nombreuses ulcérations.

*Intestins.* — L'intestin grêle contient de la matière noire et présente des arborisations sur une étendue assez considérable.

Ce cas a été observé dans les mêmes conditions que le précédent. On peut voir combien l'on est embarrassé à donner un nom à ces cas qui s'écartent de la règle, parce qu'ils ont lieu sur des individus qui se trouvent eux-mêmes dans des conditions spéciales vis-à-vis de la maladie.

J'espère ainsi avoir démontré la nécessité de rapprocher quant à la nature, la fièvre jaune épidémique de la fièvre jaune anormale, mais de les différencier au point de vue de l'évolution clinique.

Nous résumerons notre chapitre du diagnostic de la manière suivante :

1° Nous groupons les maladies observées à la Guyane, aux Antilles et au Sénégal sous deux grands groupes, au point de vue de la nature de la maladie. Nous admettons la nature amarile et la nature paludéenne.

2° La fièvre bilieuse inflammatoire peut être prise comme prototype des maladies de nature amarile et autour d'elle on peut ranger les fièvres dites gastriques et les fièvres pseudo-bilieuses.

3° Les fièvres dites bilieuses peuvent être dues à ces deux causes, avec cette réserve que l'élément paludéen ne produira que les fièvres vraiment bilieuses, avec bile dans les urines, les vomissements et les tissus. La bilieuse mélanurique serait de nature paludéenne; la bilieuse hématurique, avec son faux ictère, serait plutôt de nature amarile.

4° La fièvre bilieuse inflammatoire, bien que de même nature que la fièvre jaune épidémique offre des différences de moindre intensité. On ne connaît jusqu'à présent que la fièvre jaune épidémique; la fièvre bilieuse inflammatoire serait une fièvre jaune bâtarde, sporadique ou anormale.

# CHAPITRE X

## Pronostic.

Le pronostic est variable. On peut dire que généralement il est bénin, quand la fièvre bilieuse inflammatoire est franche, qu'elle ne dépasse pas le degré moyen et qu'elle est dégagée de toute complication, de toute rechute.

On peut dire encore d'une manière générale que la gravité du pronostic est en rapport avec le plus ou moins de concentration du principe toxique, et aussi avec l'intensité du molimen congestif.

Si l'on s'est bien rendu compte de l'altération produite sur le sang par la cause morbifique, de l'ébranlement que le système nerveux peut ressentir par contre-coup, des congestions et des inflammations qui peuvent se produire sur certains or- organes, on voit que le pronostic peut être singulièrement aggravé.

Si l'on se soumet à la classification que nous avons adoptée, en considérant les fièvres gastriques, les rémittentes bilieuses et les fièvres dites typhoïdes bilieuses comme une seule gamme dont le ton primordial serait la fièvre bilieuse inflammatoire, le pronostic change encore singulièrement d'aspect.

Si enfin on la considère comme la proche parente de la fièvre jaune, à laquelle, en vertu de certaines affinités, elle pourrait donner naissance, elle devient exceptionnellement grave et entraîne souvent à sa suite des accidents déplorables.

Avant de déduire les principales indications pronostiques des différents symptômes qu'elle peut présenter à tous les degrés, il nous faut envisager brièvement si le pronostic varie suivant certaines conditions d'âge, de race, de professions et de saisons.

1. *Age.* Il serait excessivement intéressant de voir si les âges ont une influence bien marquée sur la mortalité dans la fièvre bilieuse inflammatoire.

Malheureusement nous ne pourrons fournir, à cet égard, qu bien peu de renseignements, car si le vulgaire emploie souvent

le nom de fièvre inflammatoire, les médecins qui ont servi jusqu'à ce jour à la Guyane l'ont rarement employé. Aussi nous pourrions nous tromper et induire en erreur en citant des chiffres qui pourraient se rapporter à d'autres maladies. Il est vrai que nous avons mis sur le même rang que la fièvre inflammatoire un certain nombre d'affections désignées sous d'autres noms; nous avons admis qu'on pouvait les confondre pour en faire une seule et même maladie. En admettant même cette opinion, nous craindrions de nous tromper.

D'abord les fièvres rémittentes bilieuses elles-mêmes sont souvent confondues avec les fièvres pernicieuses et même avec les fièvres typhoïdes simples. Ensuite les statistiques que nous pourrions fournir ont été faites dans les hôpitaux de la colonie, où on n'a à traiter que peu d'enfants.

Cependant, d'après mes propres observations, il semble que la fièvre bilieuse inflammatoire est fréquente et grave chez les enfants, si on en juge par la mortalité générale qui règne sur eux à la Guyane. Il est juste d'attribuer à cette maladie une part assez large dans la mortalité pour plusieurs raisons.

Il faut admettre d'abord que la plupart des enfants créoles sont atteints de fièvre inflammatoire, qui est la maladie véritablement endémique. La preuve en est dans ce fait singulier et vraiment remarquable : c'est l'immunité vis-à-vis de la fièvre jaune dont jouissent les enfants Européens nés dans les foyers d'endémo-épidémicité. Ce fait bizarre, encore inexpliqué, ne peut se concevoir que par une première atteinte. En effet, si les récidives de fièvre jaune ne sont pas rares, il n'est pas fréquent de voir la seconde atteinte ressembler à la première et de voir mourir de la véritable fièvre jaune avec ses principaux caractères un individu qui a présenté une première atteinte de fièvre inflammatoire intense. Il peut être pris de nouveau, je suis loin de contester le fait, mais il succombe alors à des complications ou à des accidents typhoïdes, ou à la fièvre jaune anormale. Or, les créoles ne succombent pas à la véritable fièvre jaune.

Une autre preuve, pour établir que les enfants sont plus sujets à la fièvre inflammatoire que les personnes âgées, c'est que les enfants Européens arrivant de France sont plus vite et plus facilement atteints que leurs parents.

2. *Race.* La question de race serait bien intéressante à étudier, malheureusement encore les documents nous manquent pour être précis. Cette question, on le comprend, touche de près le problème si brillamment abordé par le Dr Félix Thomas, relativement à l'acclimatation des Européens dans les pays chauds.

« L'Européen, dit le savant professeur dans son discours d'ouverture à l'Ecole de médecine navale de Toulon, n'est arrêté dans son établissement hygiénique sous les latitudes chaudes que par les maladies, lesquelles, lui infligeant plus ou moins vite, une mort prématurée, s'il y demeure, l'obligent à chercher son salut dans un retour opportun dans ses foyers. «

Le problème difficile à résoudre est de savoir quelles sont ces maladies qui, s'opposant ainsi au maintien de son bien-être somatique, repoussent l'Européen de ces contrées; par quoi ces maladies sont développées; quelle est dans leur genèse la part à faire au sol et au climat.

C'est à l'étude de ce problème que nous travaillons tous les jours.

Il est un fait qui semble acquis à l'égard de la maladie que nous étudions, c'est que toutes les personnes nées et vivant dans le pays, quelle que soit leur race, sont à peu près dans les mêmes conditions. Je ne crois pas que ce soit une pure question de race, mais bien une question d'accoutumance; il est des causes de maladies auxquelles on reste réfractaire, au moins dans les conditions ordinaires, parce qu'on y est habitué. Quant aux maladies auxquelles on ne s'acclimate pas, les indigènes y sont aussi disposés que les autres.

3. *Professions.* Les individus ont d'autant plus de chances d'être pris par la fièvre inflammatoire qu'ils sont obligés, par le fait de leur profession, de vivre dans un milieu plus infecté par les germes de la maladie. La maladie semble avoir une prédilection pour certains locaux, certaines salles d'hôpital, certaines chambres d'une caserne, mais au point de vue de la mortalité, ces conditions de contamination ne sont pas toujours suffisantes. En effet, si l'on est pris de la maladie à un moment où le poison n'est pas très intense, on guérira assez facilement; si on continue à vivre dans le milieu contaminé et que l'intensité des germes devienne plus grande, on pourra être atteint de nouveau, mais d'une manière légère. Après cette seconde atteinte

on aura bien des chances de traverser de nouvelles épidémies beaucoup plus fortes de fièvre inflammatoire et même de fièvre jaune sans être atteint, à la condition que le genre de vie soit le même et que l'on ne s'expose pas aux vicissitudes atmosphériques. On nous demandera si les médecins, si les infirmiers, si les sœurs sont plus exposés à la maladie. Nous répondrons par l'affirmative, mais en faisant des réserves au point de vue de la mortalité, car on acquiert une accoutumance. Nous ne pouvons pas prendre comme exemple les infirmiers qui sont pour la plupart des transportés qui habitent le pays depuis longtemps et qui ont déjà passé par bien des épreuves antérieures.

Si nous nous bornons au personnel médical, nous voyons que la mortalité suit des proportions assez étranges; il y aurait dans ce panégyrique une histoire bien douloureuse et bien curieuse à établir. Pendant nos deux années de séjour à la Guyane, nous avons vu mourir six de nos camarades, et d'une façon bien différente; si un ou deux ont succombé avec des symptômes évidents de fièvre jaune, les autres ont été tués soit directement, soit à longue échéance par la fièvre inflammatoire. Une règle que je pose en principe et qui s'applique à tout le monde est la suivante : Quand on est encore influencé par une atteinte de fièvre inflammatoire, si l'on en méconnaît la nature, on est susceptible de contracter des maladies graves et souvent mortelles en s'exposant aux refroidissements, au soleil et en commettant des excès et des imprudences; une première atteinte maintient longtemps le sujet sous son influence, quand il continue à vivre dans un milieu contaminé, sans prendre les précautions nécessaires.

Les soldats et les transportés qui habitent des casernes où les germes sont souvent en aussi grande quantité qu'à l'hôpital, sont plus exposés que personne aux accidents que nous signalons : les soldats, parce qu'ils montent la garde la nuit et font des exercices sous la pluie; les transportés, parce qu'ils sont exposés à l'humidité et à la pluie, surtout quand ils sont libérés et qu'ils vont travailler dans les placers.

Le genre de vie est donc à considérer et c'est surtout quand les conditions viennent à changer que l'on voit éclater la maladie sous l'influence de laquelle on se trouvait depuis longtemps. Une femme transportée, morte au Maroni à l'époque

où M. Fouque y dirigeait le service de santé, était infirmière à l'hôpital depuis un certain temps. Elle se marie, presque aussitôt elle tombe malade et succombe à une fièvre appelée rémittente bilieuse. Elle présentait de la suffusion ictérique, une suffusion sanguine autour des mâchoires; la surface interne de l'estomac présentait un piqueté hémorrhagique abondant.

C'est un fait remarquable, que certaines personnes ne sont atteintes que lorsqu'elles changent de vie et de milieu. Pendant une épidémie à la Guyane anglaise, le Dr Blair avait déjà remarqué que le moyen de donner la fièvre jaune à un garde-malade, c'était de le renvoyer de l'hôpital. Après avoir battu le pavé pendant quelques semaines, on le voyait revenir à l'hôpital comme malade.

4. *Mois et saisons.* Quand l'étude de la fièvre bilieuse inflammatoire sera plus complète, il faudra dresser un bilan de la mortalité par mois et par saisons. Pour le moment, nous n'avons pas assez de documents pour entreprendre un pareil travail. Cependant, d'après tous les renseignements que nous avons fournis, on peut voir que les variations dans la mortalité ne se limitent pas à un mois, ni à une saison. Il y a plutôt des années ou des saisons dans l'année plus ou moins mortelles, car tout dépend de la plus ou moins grande abondance des germes et de leur activité. Après une épidémie, on nettoie une caserne et les maladies semblent disparaître, mais peu à peu on les voit s'accentuer de nouveau pour constituer plus tard une nouvelle épidémie.

On peut dire que les mois où les jours de pluie alternent avec des jours de chaleur et de soleil sont les plus dangereux pour augmenter les maladies et grossir la mortalité; mais il faut que les germes aient déjà une certaine activité.

Ne pouvant faire mieux, nous allons donner un tableau trimestriel de la mortalité générale au Maroni et aux Iles-du-Salut, pendant huit ans. On pourra juger, d'une manière générale, que la mortalité à la Guyane est loin d'être en rapport avec les époques qui devraient tout spécialement déterminer les affections paludéennes, qui doivent toujours se manifester sous l'influence du desséchement des marais, par le fait du dégagement des émanations maremmatiques.

TABLEAU DE LA MORTALITÉ GÉNÉRALE, PAR TRIMESTRE,

Sur les établissements pénitentiaires du Maroni et des Iles-du-Salut, pendant 8 ans.

| ANNÉES | 1er TRIMESTRE | | 2e TRIMESTRE | | 3e TRIMESTRE | | 4e TRIMESTRE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Maroni | Iles du Salut | Maroni | Iles du Salut | Maroni | Iles du Salut | Maroni | Iles du Salut |
| 1862 | 13 | 97 | 6 | 26 | 15 | 44 | 7 | 26 |
| 1863 | 8 | 47 | 10 | 26 | 9 | 26 | 15 | 33 |
| 1864 | 15 | 33 | 10 | 19 | 18 | 19 | 12 | 35 |
| 1865 | 21 | 42 | 15 | 37 | 20 | 27 | 56 | 51 |
| 1866 | 49 | 39 | 61 | 37 | 87 | 28 | 143 | 33 |
| 1867 | 92 | 26 | 103 | 24 | 116 | 15 | 65 | 35 |
| 1868 | 55 | 44 | 39 | 28 | 26 | 31 | 27 | 22 |
| 1869 | 29 | 48 | 15 | 29 | 22 | 22 | 23 | 14 |
| TOTAUX.. | 282 | 376 | 259 | 226 | 323 | 212 | 348 | 249 |
| | 658 | | 485 | | 535 | | 597 | |

Nous voyons par ce tableau, que le troisième trimestre qui devrait être le plus mauvais de l'année est loin de présenter la plus grande mortalité. C'est le premier et le dernier qui sont les plus chargés comme nombre de morts; le changement de saison a lieu du deuxième au troisième trimestre et c'est à ce moment que la mortalité est plus faible.

Nous voyons aussi que les Iles-du-Salut présentent une mortalité aussi grande que le Maroni; c'est encore une preuve bien évidente de l'idée que nous soutenons que les marais sont loin d'être la cause principale des maladies à la Guyane. La période des huit années que nous avons compulsées est une période ordinaire. A cette époque, les Iles-du-Salut étaient surtout le lieu de dépôt des transportés arrivant de France, ce n'était point encore le lieu de convalescence, comme il l'a été plus tard. A ce moment c'était l'Ilet-la-Mère qui était le sanitarium et le lieu de convalescence de la Guyane.

J'aurais pu montrer que les fièvres rémittentes bilieuses qui

correspondent à la fièvre inflammatoire, ainsi que nous pensons l'avoir établi, sévissaient d'une manière irrégulière suivant les trimestres, mais j'aurais craint de commettre des erreurs, car les diagnostics à cet égard ne sont pas toujours très précis, puisqu'on place encore les rémittentes bilieuses et les fièvres pernicieuses sous la dépendance commune du paludisme.

Du reste, nous donnons ces chiffres pour ce qu'ils valent, on pourra plus tard y apporter les corrections nécessaires; nous avons voulu, en prenant huit années au hasard, montrer que la mortalité ne suit pas une proportion bien déterminée suivant les trimestres.

Nous allons maintenant passer en revue les principaux symptômes pour voir les indications pronostiques qui en découlent. Nous tâcherons d'indiquer les signes favorables et ceux qui offrent une certaine gravité. Nous devons rappeler que nous avons admis en principe que la fièvre inflammatoire était bénigne, mais si l'on se souvient que nous avons élargi son cadre en groupant autour d'elle un certain nombre d'affections qui entraînent la mort, on comprendra que le pronostic devienne plus grave et plus sérieux.

Dans la période prodromique, rien ne fait présager que la maladie sera de longue durée et que l'atteinte sera sévère et bénigne.

Dans la période fébrile, plusieurs signes sont importants à étudier, au point de vue du pronostic.

1. *Température.* — L'élévation de la température peut être aussi forte dans les degrés légers que dans ceux plus intenses, mais la persistance va en augmentant à mesure que la maladie est plus grave.

On peut dire que le pronostic est d'autant moins défavorable que la fièvre est moins forte et moins prolongée; cependant l'existence des cas insidieux est de nature à rendre les indications pronostiques de la température assez aléatoires.

Nous savons que des oscillations brusques de température survenant après la première défervescence ou bien la persistance insolite d'une température plus ou moins élevée, sont un indice d'insidiosité et par conséquent de gravité. Nous avons vu combien les rechutes étaient fréquentes et graves; le pronostic devient beaucoup plus sérieux quand il survient une

rechute, surtout si le malade ne se trouve pas dans de bonnes conditions. Les rechutes sont terribles par elles-mêmes et aussi par les complications qu'elles déterminent du côté de certains organes. Nous ne voulons pas insister sur ce fait, car nous nous sommes étendu assez longuement à ce sujet dans le chapitre des complications.

2. *État du pouls.* — Le pouls est un indice pronostique de peu d'importance. Cependant quand la température s'est élevée de nouveau et que le pouls est fréquent, mou et dépressible, on peut craindre des accidents. Il arrive parfois qu'il présente 120, 130 pulsations; il offre aussi dans certains cas des intermittences indiquant les faibles contractions cardiaques; ce sont là des signes assez inquiétants.

3. *État de la respiration.* — La respiration est d'autant moins troublée que la fièvre inflammatoire est moins intense. Dans le degré sévère et quand la maladie présente une certaine gravité, on observe des soupirs, des mouvements inspiratoires entrecoupés. Le hoquet n'est pas toujours un signe fâcheux, mais il est toujours très inquiétant, car il fatigue beaucoup les malades.

4. *Agitation.* — L'agitation est presque toujours l'indice d'une atteinte sévère, et quand elle se prolonge elle indique que le malade est exposé à certains accidents. On remarque souvent que les cas qui ont eu une terminaison funeste, avaient commencé par une période fébrile pendant laquelle l'agitation avait été grande autant que prolongée. Nous avons donné des exemples de malades qui auraient pu guérir et qui, dans leur état d'agitation extrême, se sont jetés par la fenêtre. Il faut donc surveiller ces hommes d'une manière toute spéciale, d'abord parce que la maladie chez eux offre un caractère de plus haute gravité et aussi à cause des dangers auxquels il sont exposés.

L'agitation se complique parfois de délire; c'est un signe pronostique des plus fâcheux, quand il est continu. Cependant il n'est pas toujours mortel, nous en avons une preuve dans l'exemple du sergent-major dont nous avons rapporté l'observation.

5. *Etat de la peau. Eruptions.* — L'état de la peau peut donner de bonnes indications pronostiques. En effet, si au point de vue du diagnostic, l'état de moiteur ou de sécheresse de la

peau est un symptôme peu important; au point de vue du pronostic, il devient un signe dont il faut tenir grand compte. Si les sueurs profuses critiques ne sont pas toujours observées, à la fin de la première période, c'est en général une légère transpiration qui annonce la fin de la période fébrile. Il faut toujours craindre quelque chose de fâcheux quand la peau devient très sèche pendant la convalescence. Une sécheresse prolongée avec un état rugueux de la peau est toujours un signe de mauvais aloi; il indique une imminence morbide.

Il faut donc surveiller l'état de la peau d'une façon toute particulière et craindre une rechute ou des complications quand la perspiration cutanée ne s'est pas établie d'une manière définitive, même à une époque assez éloignée du commencement de la maladie.

En effet, si la peau ne fonctionne pas normalement, il est à craindre que les organes principaux ne subissent la même atonie et que les fonctions dépuratrices ne soient diminuées. C'est une question capitale et à laquelle il faut faire bien attention et c'est probablement en modifiant d'une manière fâcheuse l'excrétion cutanée que les refroidissements sont si redoutables.

Du côté de la peau, on observe encore à la fin de la première période des éruptions diverses. On remarque des vésicules ressemblant aux bourbouilles. D'autres fois c'est une poussée miliaire avec des petits points rouges confluents qui donnent l'aspect écarlate au sujet.On note parfois des exanthèmes ressemblant assez à ceux de la rougeole. On voit des sudamina avec des plaques d'urticaire et même des éruptions scarlatiniformes avec desquamations; ce sont parfois des taches pétéchiales ou purpuriques.

Les éruptions rubéoliques qui se montrent parfois disparaissent souvent en même temps que l'exacerbation fébrile; elles reparaissent après la cessation de la poussée fébrile et elles semblent d'un bon augure. Les taches pétéchiales sont d'un pronostic moins favorable.

6. *Ictère.* — Nous croyons pouvoir affirmer que l'ictère est d'autant plus grave qu'il est plus intense et plus généralisé, quand il ne coïncide avec aucun phénomène bilieux. Quand la bile apparaît dans l'urine en notable quantité, l'ictère peut devenir plus prononcé sans indiquer un état plus grave; bien

au contraire, c'est souvent un signe de bon augure, surtou si l'ictère jaune fait place à un ictère verdâtre ; si, en un mot, la coloration de l'ictère se fonce davantage. Ce signe indique, en effet, le rétablissement des fonctions du foie dont l'inertie est le plus grand mal à redouter.

7. *Hémorrhagies.* — Les hémorrhagies qui se montrent au début de la fièvre inflammatoire par le nez ne sont pas très graves et constituent parfois une crise heureuse. A la seconde période de la maladie, elles constituent déjà un symptôme plus sérieux, mais cependant elles ne dénotent aucun danger réel quand elles se bornent à la muqueuse nasale. Quand elles se montrent en grand nombre sous la peau, sous forme de pétéchies, elles sont d'un indice plus sérieux, car on peut craindre le même processus sur les organes internes. Il est rare que l'hémorrhagie par la muqueuse buccale et stomacale soit abondante ; il n'est pas rare cependant de cracher un peu de sang provenant des gencives ou de la langue, sans que le pronostic soit bien grave. On peut noter un peu de sang dans les selles, mais quand il existe en faible quantité, avec des selles jaunâtres, peu fétides, il n'est pas de mauvaise augure.

8. *Vomissements.* — Les vomissements soit spontanés, soit persistants, après l'emploi d'un ipéca, sont dans la fièvre inflammatoire un indice de gravité; ce vomissement est d'autant plus fâcheux qu'il se produit ou persiste plus longtemps après le début de la maladie. Quand les vomissements sont franchement bilieux, verdâtres et semblables à des épinards, ils ne sont pas inquiétants et sont d'un bon augure, car ils attestent le fonctionnement du foie et la fabrication normale et même exagérée de la bile; mais dans ce cas, il est rare qu'ils persistent bien longtemps après le début de la maladie. Lorsqu'ils deviennent aqueux et alimentaires, en même temps que fréquents, ils sont d'une gravité plus grande. Si surtout, au lieu d'être incolores, ils prennent une teinte ardoisée, et se renouvellent souvent, en dehors de l'ingestion des aliments, on peut dire que la maladie augmente de gravité. Ils ne sont pas absolument d'un mauvais présage, quand ils contiennent quelques stries de sang peu mélangées aux liquides de l'estomac, mais quand le malade, sans avoir rien pris, présente des vomissements ressemblant assez

aux vomissements dits ailes de mouches, le pronostic devient très grave.

9. *Etat du ventre.* — Le ventre est souvent ballonné et météorisé et ce tympanisme détermine souvent de la douleur en divers points de l'abdomen. Le météorisme n'est point un signe fâcheux par lui-même; il indique seulement l'inertie des tuniques intestinales et le développement exagéré des gaz; en général, il ne persiste pas beaucoup, mais il est susceptible de se répéter souvent. Il ne devient un signe fâcheux que par sa persistance avec une sensibilité toute spéciale de certains points de l'abdomen; on peut craindre le développement d'une péritonite localisée.

La constipation est généralement de règle, dans les cas qui offrent une certaine gravité. Il faut s'attacher à combattre cette constipation et à entretenir le ventre libre par de légers minoratifs souvent répétés, mais en ayant bien soin de ne pas ébranler trop fortement l'organisme. Il faut, en effet, sous peine de voir reparaître la céphalalgie et la fièvre, favoriser les fonctions éliminatrices. On peut dire qu'un des signes les plus fâcheux, c'est une constipation opiniâtre qui résiste aux moyens laxatifs, avec coïncidence de la fièvre et ballonnement du ventre.

D'autres fois, la constipation alterne avec des selles de mauvaise nature; elles sont fétides et décolorées. Les selles abondantes, n'ayant plus d'odeur, sont un bon indice de pronostic, à la condition que le sujet ne soit pas trop épuisé par la maladie. Les selles bilieuses, verdâtres, en petite quantité, peuvent être aussi un signe favorable. Ces diarrhées bilieuses sont souvent liées à la constitution atmosphérique et il faut prendre garde à ne pas les arrêter. Il me semble qu'il est prudent au contraire de les entretenir ou tout au moins de les modifier légèrement par de légers purgatifs salins; les astringents ne conviennent pas. Une pensée doit dominer toute la thérapeutique, favoriser les fonctions éliminatrices, sans ébranler le système nerveux.

Quelquefois encore, les selles contiennent des matières glaireuses ou sanguinolentes. Elles n'indiquent pas toujours un état grave, surtout si on les voit se modifier légèrement sous l'influence des agents thérapeutiques, pendant que la fièvre cesse et que l'état d'agitation diminue. C'est surtout l'état géné-

ral qui doit servir à établir le pronostic, et non point la nature des selles, à moins qu'elles ne soient vraiment mauvaises. Dans certains cas, elles paraissent contenir des semblants de muqueuse, le pronostic n'est pas par ce seul fait absolument désespéré. Si l'état général devient mauvais, que les selles continuent à contenir du sang ou des matières glaireuses et muqueuses en grande abondance, le pronostic est très grave.

10. *Urines.*— La composition des urines est un des signes qui donnent positivement la meilleure indication pronostique et nous y attachons une grande importance, car l'excrétion urinaire nous donne une juste idée de l'état des fonctions.

Il faut tenir compte de la quantité d'urine rendue en vingt-quatre heures et la comparer à celle des jours précédents. La quantité éliminée n'est pas toujours en rapport direct avec la gravité de l'atteinte; elle dépend souvent, en effet, de la quantité des boissons ingérées. Cependant quand on la voit diminuer d'une manière graduelle, on peut craindre quelque chose de grave. — Quant on la voit se supprimer, on peut redouter un dénouement mortel.

C'est surtout la composition qui doit servir de guide dans cette appréciation.

La présence de l'albumine est toujours un signe inquiétant, mais il ne faudrait pas juger de la gravité de la maladie par la quantité d'albumine contenue dans l'urine. Souvent l'urine ne contient pas ou peu d'albumine et le sujet court de grands dangers. Cependant, d'une manière générale, l'albumine en quantité notable indique un état assez grave.

Il ne faut pas s'effrayer de l'effervescence que peuvent produire les urines, à la fin de la première période; c'est surtout aux urates, aux carbonates et aux phosphates qu'elle est due le plus souvent.

La quantité d'urée contenue dans l'urine est le signe le plus important. Dans les cas rapides à forme grave, on voit l'urée diminuer de jour en jour d'une manière sensible et tomber à 7, 8 et 10 gr. par 24 heures, au bout de quelques jours. Ce symptôme nous a permis souvent de déviner ce qui allait arriver et dans les cas très graves, nous avons pu annoncer quelques jours à l'avance la terminaison mortelle. Nous avons vu déjà quelle importance nous avons attribuée à ce signe, au point de

vue du diagnostic; nous pouvons dire qu'il est aussi important sous le rapport du pronostic. Avec les méthodes si faciles et si simples de MM. Regnard, Gillet et du Dr Esbach, on peut se rendre compte d'une manière précise, du mouvement de nutrition qui existe chez les malades, avoir une mesure à peu près exacte du degré de désassimiliation ou d'oxydation et trouver là un bon point de repère dans ses appréciations. C'est un procédé clinique qui doit absolument devenir usuel dans les pays chauds et qui, nous le croyons, est destiné à nous rendre compte de bien des phénomènes inexpliqués.

Voilà donc les signes principaux qui pourront servir à établir le pronostic pendant toute la première période.

Dans la seconde phase de la fièvre inflammatoire, les signes pronostiques ont une importance moins marquée. C'est encore l'urée qui nous servira de guide dans cette période et quand tous les autres signes ont disparu, si, pendant que le malade se nourrit et se promène, on voit l'urée se tenir à un chiffre de 4, 5, 6 gr. par 24 heures, il faut faire attention et ne pas laisser sortir le malade de l'hôpital ou bien le surveiller d'une manière spéciale.

Nous avons déjà montré, à plusieurs reprises, comment l'urée pouvait être utile pour faire présager des rechutes qui sont souvent funestes parce qu'on ne les redoute pas assez.

Il faut toujours se rappeler que la convalescence est lente et que presque toujours dans cette période on voit l'état rester stationnaire, et avoir même une tendance à l'aggravation, si l'on ne sait pas l'arrêter et la faire disparaître par l'administration d'un purgatif en temps opportun.

Ce chapitre du pronostic demanderait encore bien des éclaircissements, mais on ne pourra les fournir que lorsque la fièvre inflammatoire sera mieux étudiée.

---

# CHAPITRE XI

## Nature. — Physiologie pathologique.

Dans la fièvre bilieuse inflammatoire, la cause immédiate est fortement soupçonnée. Nous connaissons quelques-uns de ses attributs; nous avons fait connaître les conditions, beaucoup de conditions du moins, sinon toutes, dans lesquelles la cause se développe et agit efficacement.

Ce que nous avons dit sur l'étiologie de la fièvre bilieuse inflammatoire, impose à notre esprit l'intervention d'un agent spécifique, inconnu dans son essence, mais que l'on peut désigner sous le nom de germe ou de microbe, comme on l'a dit récemment. Cet agent existe probablement sous forme de corpuscule organisé ou figuré, et il paraît avoir certains rapports avec les impondérables, la chaleur, l'humidité et l'électricité, mais sa présence est nécessaire.

Si la nature intime, la constitution propre de cet agent nous échappe, nous savons du moins avec certitude de quelle manière il agit. Nous savons aussi que les causes dites banales ne produisent point une maladie infectieuse et contagieuse, qui ne se développe que dans certaines conditions particulières.

Mais avant d'aller plus loin, nous avons besoin de définir les mots infection et contagion ; car, sur ces deux questions capitales, la science n'a encore à faire que des réponses confuses et contradictoires, et pour le moment dire qu'une affection est infectieuse ou contagieuse, ou qu'elle est plus infectieuse que contagieuse, ce n'est point s'exprimer d'une façon suffisamment claire, suffisamment scientifique, tant qu'on n'aura pas préalablement défini les termes, comme le voulait avec tant de raison celui que Voltaire appelait toujours le sage Locke.

Les maladies infectieuses se développent dans des foyers où des matières en fermentation, en décomposition, en putréfaction lente ou rapide, donnent lieu à des produits qui causent une maladie spéciale qui se développe toutes les fois que ces

conditions se trouvent réalisées, mais qui ne se transmet pas en dehors de ces foyers. Ainsi, les fièvres intermittentes sont causées par certaines conditions; toutes les fois que ces conditions existent, la fièvre intermittente se développe constamment; mais ni les malades, ni des objets transportés dans des localités où ces conditions n'existent pas, n'y apportent la maladie.

Les maladies contagieuses sont celles qui, non seulement se transmettent par le contact d'un individu malade avec un individu sain, mais encore toutes celles qui se propagent, qui se transportent d'une façon quelconque d'un individu à un autre, sans que ces localités se trouvent d'ailleurs dans des conditions identiques ou mêmes semblables ou analogues.

Dans les cas de maladies infectieuses, c'est surtout presque exclusivement par la constatation d'un plus grand nombre de personnes atteintes parmi celles qui se trouvent en rapport avec les malades que parmi les autres, qu'on peut juger du caractère contagieux.

Or, le caractère contagieux exclut à lui seul ce qu'on appelle les impondérables; qui dit contagion dit plus que transport d'un produit; cela dit transport du produit organisé. La multiplication ne se conçoit, ne se peut admettre que chez un être vivant. Ainsi la contagion implique l'idée de transport et de propagation d'un produit organisé et vivant.

Maintenant que nous avons défini les termes, il nous faut dire qu'il nous semble résulter de tout l'ensemble de ce travail que la fièvre bilieuse inflammatoire est infectieuse et contagieuse.

Pour arriver à cette conclusion, nous avons suivi la méthode de notre vénéré maître, le professeur Gubler, méthode qu'il caractérisait ainsi :

« Pour ceux qui cultivent la science de l'homme, il y a deux manières de chercher et d'acquérir la vérité. Tandis que les uns, prenant une voie collatérale et rapide, s'attachent, au moyen de l'expérimentation sur les animaux, à établir les lois fondamentales de l'organisation pour en faire des applications rationnelles à l'espèce humaine ; d'autres, interrogeant l'homme lui-même, afin d'en obtenir les renseignements que lui seul peut donner, s'efforcent, par une observation laborieuse et patiente, de saisir, au milieu des phénomènes communs, les

particularités d'organisation et de fonctionnement qui lui appartiennent en propre. Les premiers s'appellent des physiologistes expérimentateurs ; les seconds ne sont autres que des médecins. Tous contribuent à l'avancement des connaissances biologiques, chacun, dans la mesure de sa valeur personnelle, sans qu'il soit possible d'attribuer une prééminence absolue à l'un quelconque des deux procédés dans lesquels se subdivise la grande méthode scientifique moderne : « méthode expérimentale à *posteriori*. »

C'est par cette méthode d'induction que l'on arrivera à savoir dans quelles conditions se développent les maladies des pays chauds et à résoudre le grave problème de l'acclimatation.

» L'Européen, dit M. le professeur Félix Thomas, dans son remarquable discours d'ouverture à l'Ecole de médecine navale de Toulon, a mis la main à ce levier puissant et nouveau qui se nomme la science ; emporté dans ce sublime et énergique mouvement industriel de notre siècle, il se prépare à renouveler la face du monde. Et cependant, malgré les superbes manifestations de son activité, la noble intelligence de l'Européen doit, sur un point, s'avouer vaincue. Les zones tropicales tiennent sa puissance en échec.

« Il s'agit de décider du cosmopolitisme de notre race, et, par suite, de savoir, si nous pourrons profiter, en tous lieux, de cette suprématie que, dans le légitime orgueil de ses conquêtes civilisatrices, l'Européen revendique sur les nombreuses races des contrées équinoxiales. Cette question a été longtemps obscurcie par l'esprit de système, l'ignorance, les préjugés, les théories prématurées.

« Il est un axiome qu'on peut formuler de la sorte : L'Européen n'est arrêté dans son établissement hygiénique sous les latitudes chaudes que par les maladies, lesquelles, lui infligeant plus ou moins vite une mort prématurée, s'il y demeure, l'obligent à chercher son salut dans un retour opportun dans ses foyers.

« Nous sommes sortis de l'ornière, le jour où nous avons décidément compris le caractère spécifique de la fièvre jaune, le jour où nos maîtres des Antilles, se délivrant enfin du joug pesant de Broussais, ont su reconnaître dans le vomito une maladie miasmatique, endemo-épidémique, procédant d'un

poison infectieux, généré dans le sol, transporté par les hommes et doué d'une activité tout à fait spéciale. Il faut défendre cette pathogénie simple et lumineuse contre les retours offensifs de l'opinion qui, trouvant dans le climat seul l'origine du mal, nous désarmerait de nouveau si l'on restait courbé sous la croyance presque fataliste de la spontanéité d'un fléau dont les générateurs seraient les météores; température élevée, humidité, vents, électricité, une moindre ozone, c'est-à-dire « les puissances immuables contre lesquelles l'homme ne peut rien » (J. Rochard). Résignés devant ces explosions épidémiques que nous serions ainsi impuissants à maîtriser, nous continuerions à croiser nos bras sans nul souci d'une prophylaxie à nos yeux négative; nous accueillerions avec le même sourire qu'autrefois, l'offre d'une sauvegarde quelconque; le vomito aurait continué à nous rendre ses lugubres visites et à décimer sans pitié, comme sans entrave, nos garnisons et nos épuipages. On était à la recherche d'une sorte d'acclimatement artificiel, aigu, s'exerçant par l'affaiblissement méthodique des marins et des soldats, par des spoliations sanguines préventives et des spoliations par le tube gastro-intestinal, régime débilitant rappelant les sévères prescriptions d'Albertini et de Valsalva. Mais qui croyait alors au poison morbide, à un infecto-contage né dans le sol et transmis par l'homme, à un germe spécifique? Un seul agent ne produisait-il pas tout; l'excès de température, faisait naître une détermination maxima de la gastrite.

« Heureusement Pasteur a vaincu Chervin!!! Les Hallier, Ehrenberg, Davaine, Tyndall ont parlé. La notion scientifique toute contemporaine des ferments pathologiques, quelque inconnue que soit la nature intime des ferments, est venue donner une force nouvelle à l'opinion vers laquelle les faits avaient conduit, dans ces dernières années, les médecins de la marine, relativement à la fièvre jaune. »

La fièvre jaune est-elle un obstacle absolu à l'expansion Européenne dans les contrées tropicales? On note pour la fièvre jaune une particularité bien remarquable : c'est l'immunité dont jouissent les enfants Européens nés dans les foyers d'endémo-épidémicité, immunité qu'ils peuvent perdre, du reste, par un long séjour en Europe. Cette immunité est due en grande

partie à la fièvre bilieuse inflammatoire qui acclimate à la fièvre jaune.

## NATURE.

Nous pensons avoir établi que la fièvre bilieuse inflammatoire est une maladie infectieuse et contagieuse; c'est donc une maladie à virus spécifique.

C'est par le poumon surtout qu'on absorbe les effluves des marais et les miasmes spécifiques.

On dit, il est vrai, qu'ils peuvent aussi bien pénétrer dans l'organisme par les voies digestives par l'intermédiaire de l'eau et des aliments; mais si l'on compare la quantité d'air que nous faisons entrer dans nos poumons en 24 heures en comparaison de la quantité d'eau que nous absorbons et qui est le plus souvent pure et filtrée, nous n'aurons pas de peine à admettre que la porte d'entrée principale est dans le poumon.

L'action des miasmes contenus dans l'air agissent comme les ferments.

Or, nous savons que les ferments sont de deux ordres :

1° Les ferments organisés, comme le ferment de la bière;

2° les ferments qui sont des produits d'être organisés vivants, comme la diastase et le ferment du suc gastrique.

M. Bouchardat regarde les effluves des marais comme des ferments de second ordre, parce qu'ils ne se multiplient pas dans l'organisme, que leur action s'épuise comme l'action des poisons et qu'ils ne préservent pas d'une seconde atteinte.

Les miasmes spécifiques, au contraire, sont des ferments de premier ordre; ce sont des êtres organisés, dont l'action loin de s'épuiser se transmet à d'autres.

Nous avons démontré suffisamment la transmissibilité de la maladie que nous décrivons et nous croyons pouvoir établir que sa cause se rapporte à un ferment de premier ordre et qu'elle se sépare nettement, à ce point de vue, de la fièvre paludéenne.

Les faits de contagion ont été assez nettement indiqués dans le cours de ce travail; il en est un que je veux encore signaler. Il s'agit d'une sœur de l'hôpital du Maroni, arrivant de la Guadeloupe bien portante, on l'emploie à la lingerie et pendant que je nettoyais l'hôpital, c'est là qu'on remisait quelques objets propres que contenaient les cabinets des sœurs, pour permettre

l'évacuation complète des salles et des annexes; cette sœur fut prise bientôt d'une fièvre continue, avec congestion de la face, albumine dans les urines, mais sans vomissements noirs. C'est un cas semblable à tous ceux que j'ai décrits, mais pour lequel la contamination par les objets est évidente, car en raison de sa constitution robuste et en sa qualité de nouvelle arrivée, on lui avait interdit le service des salles.

Pour expliquer la transmission, nous avons beaucoup parlé des germes et ce n'est point là une utopie, car nous en avons trouvé dans certaines urines et dans l'estomac d'un sujet. Ils existent donc et on peut supposer qu'ils agissent, bien que nous ne puissions pas les définir, mais on peut se passer de connaître leur constitution intime, quand on sait les conditions suivant lesquelles ils agissent.

M. le Dr Hansen, inspecteur de service de la lèpre à Bergen, vient de démontrer l'existence d'une bactérie dans les tubercules de la lèpre. Dans les tubercules des lépreux, il a trouvé souvent de petits corps ayant la forme de bâtonnets, mais il lui fut toujours impossible de découvrir rien de semblable dans du sang fraîchement soustrait à un malade atteint de cette affection. M. Pasteur nous a appris qu'il était souvent impossible de voir certains micro-organismes dans le sang, mais qu'on pouvait les apercevoir au moyen de certaines cultures.

Un fait d'un autre genre qui prouve la transmissibilité de l'agent infectieux, suivant certaines modifications spéciales, est celui tiré de l'expérience suivante :

A l'hôpital de Saint-Laurent du Maroni, un chien qui vivait dans l'hôpital et qui se trouvait dans les meilleures conditions d'accoutumance vis-à-vis du poison typhique, fut inoculé avec 40 gouttes de sang provenant d'un homme mort avec des vomissements noirs. Aussitôt après l'injection, le chien a ressenti du malaise, de la titubation et des envies de vomir. Cet état a duré plusieurs jours pendant lesquels, il ne mangeait pas et pouvait à peine marcher. Il est revenu peu à peu à la santé en présentant un séquestre à quelque distance du point d'inoculation.

Ce fait me ramène naturellement vers les remarques intéressantes signalées par M. Pasteur, à l'Académie de médecine, à propos du choléra des poules. « L'inoculation du microbe, au-

teur du choléra des poules, à des cochons d'Inde est loin d'amener la mort aussi sûrement qu'avec les poules. Chez le cochon d'Inde, d'un certain âge surtout, on n'observe souvent qu'une lésion locale au point d'inoculation, qui se termine par un abcès plus ou moins volumineux. Après s'être ouvert spontanément, l'abcès se referme et guérit, sans que l'animal ait cessé de manger et d'avoir toutes les apparences de la santé. Ces abcès se prolongent quelquefois pendant plusieurs semaines avant d'abcéder, entourés d'une membrane pyogénique et remplie de pus crémeux où le microbe fourmille à côté des globules de pus. C'est la vie du microbe inoculé qui fait l'abcès, lequel devient, pour le petit organisme, comme un vase fermé où il est facile d'aller le puiser, même sans sacrifier l'animal. Il s'y conserve, mêlé au pus, dans un grand état de pureté et sans perdre sa vitalité.

« Et même quelques gouttes d'une culture de notre microbe, déposées sur du pain ou de la viande qu'on donne à manger à des poules, suffisent pour faire pénétrer le mal par le canal intestinal où le petit organisme se cultive en si grande abondance, que les excréments des poules ainsi infectés font périr les individus auxquels on les inocule. »

Nous avons là une image de ce qui se passe dans la fièvre jaune; transmise à certains individus ou à des espèces animales qui ne sont pas susceptibles d'être atteints, elle détermine des accidents locaux ou tout au plus des accidents généraux assez légers qui se traduisent par la fièvre inflammatoire.

Mais nous allons voir l'analogie plus complète, si nous savons que la fièvre bilieuse inflammatoire préserve toujours de la fièvre jaune véritable. Nous avons vu qu'elle pouvait récidiver dans certaines conditions assez rares, mais je crois qu'il est rare de voir mourir de fièvre jaune rapide et typique un individu ayant été atteint une première fois de fièvre inflammatoire confirmée. Et dans ce cas, nous avons un exemple de vaccin; on est vacciné par la fièvre inflammatoire contre la fièvre jaune.

Mais ce qui est plus difficile à comprendre c'est que les germes qui produisent la fièvre jaune puissent se transformer en ceux de la fièvre inflammatoire. Il faut se rappeler que des germes aussi actifs que ceux de la fièvre jaune épidémique ne conservent toute leur puissance que dans des conditions de milieux

bien déterminées. De plus, M. Pasteur nous donne une explication que nous pouvons appliquer.

« Par un certain changement de culture, on peut faire que le microbe infectieux soit diminué dans sa virulence. La diminution dans la virulence se traduit dans la culture par un faible retard dans le développement du microbe ; mais au fond, il y a identité de nature entre les deux variétés de virus. Sous le premier de ces états, l'état très infectieux, le microbe inoculé peut tuer vingt fois sur vingt. Sous le second de ces états, il provoque vingt fois sur vingt la maladie et non la mort.

« Ces faits ont une importance facile à comprendre : ils nous permettent, en effet, de juger, en ce qui concerne la maladie qui nous occupe, le problème de sa récidive ou de sa non-récidive. Prenons quarante poules, inoculons-en vingt avec le virus très virulent ; les vingt poules mourront. Inoculons les vingt autres avec le virus très atténué, toutes seront malades, mais elles ne mourront pas.

« Laissons-les se guérir et revenons ensuite pour ces vingt poules à l'inoculation du virus très infectieux. Cette fois il ne tuera pas. La conclusion est évidente : la maladie se préserve elle-même Elle a le caractère des maladies virulentes, maladies qui ne récidivent pas.

« Je ne voudrais pas laisser croire, dit M. Pasteur, que les faits présentent la netteté et la régularité mathématiques que j'ai invoquées. Ce serait ne pas se rendre compte de tout ce qu'il y a de variabilité dans les constitutions d'animaux pris au hasard dans un groupe d'animaux domestiques et dans les manifestations de la vie en général. Non, le virus très virulent du choléra des poules ne tue pas toujours vingt fois sur vingt ; mais dans les faits qui ont passé sous mes yeux il a tué au minimum dix-huit fois sur vingt dans les cas où il n'a pas tué vingt fois. Non, le virus atténué dans sa virulence ne préserve pas toujours vingt fois sur vingt. Dans les cas de moindre conservation, ç'a été dix-huit et seize fois sur vingt. Il n'empêche pas davantage d'une manière absolue, et par une seule inoculation, la récidive de la maladie. On arrive plus sûrement à cette non-récidive par deux inoculations que par une seule.

« Si nous rapprochons des résultats qui précèdent le grand fait de la vaccine dans ses rapports avec la variole, nous recon-

naîtrons que le microbe affaibli qui n'amène pas la mort, se comporte comme un vaccin relativement à celui qui tue, puisqu'il provoque, en définitive, une maladie qu'on peut appeler bénigne du moment qu'elle n'amène pas la mort et qu'elle peut préserver de la maladie sous sa forme mortelle. »

Ce qu'il y a de plus surprenant, c'est que, lorsque M. Pasteur fait passer son microbe de culture en culture, pour voir s'il reprend une virulence active ou s'il conserve sa virulence discrète, il voit que la virulence, du moins dans le petit nombre des cultures successives qu'il a tentées, ne s'est pas exaltée, et, en conséquence, on peut croire que l'on a affaire à un véritable vaccin. Bien plus, un ou deux essais sont favorables à l'idée que le virus atténué se conserve tel en passant dans le corps des cochons d'Inde.

« Quoi qu'il en soit, dit-il, on possède aujourd'hui une maladie à parasite microscopique qu'on peut faire apparaître dans des conditions telles, qu'elle ne récidive pas, malgré son caractère parasitaire. En outre, on connaît une variété de son virus qui se comporte vis-à-vis d'elle à la manière du vaccin vis-à-vis de la variole.

« Il en résulte qu'on peut facilement se procurer des poules malades de l'affection que l'on désigne sous le nom de choléra des poules, sans que la mort soit une conséquence nécessaire de la maladie. Cela revient à dire qu'on peut assister à la guérison de tel nombre de ces animaux qu'on voudra. Or, je ne crois pas, ajoute M. Pasteur, que la clinique chirurgicale ait rencontré des phénomènes plus curieux que ceux qui se manifestent dans ces conditions de retour à la santé à la suite des inoculations faites dans les gros muscles pectoraux. Le microbe se multiplie dans l'épaisseur du muscle comme il le fait dans un milieu de culture. En même temps le muscle se tuméfie, durcit et blanchit à sa surface comme dans son épaisseur. Il devient tout lardacé, rempli de globules de pus, toutefois sans suppuration. Les éléments histologiques se trompent avec une grande facilité, parce que le microbe qui les imprègne, par îlots nombreux, les altère et les désagrège en se nourrissant d'une partie de leur substance.

« Considérons une poule très bien vaccinée par une ou plusieurs inoculations antérieures de virus affaibli. Réinoculons

cette poule. Que va-t-il se passer? La lésion locale sera pour ainsi dire insignifiante, relativement à celles que les premières inoculations ont produites. Celles-ci provoquent, la première surtout, une altération si grande du muscle, que d'énormes séquestres se sentent sous les doigts. La cause des différences des effets de ces inoculations paraît résider tout entière dans une grande facilité relative du développement du microbe à la suite des premières inoculations, et pour la dernière, au contraire, dans un développement pour ainsi dire nul ou très faible et promptement arrêté. La conséquence de ces faits saute aux yeux, si l'on peut ainsi dire; le muscle qui a été malade est devenu, après sa guérison et sa réparation, en quelque sorte impuissant à cultiver le microbe, comme si ce dernier, par une culture antérieure, avait supprimé dans le muscle quelque principe que la vie n'y ramène pas et dont l'absence empêche le développement du petit organisme.

« Chose remarquable, le liquide filtré devenu stérile est loin de garder cette stérilité vis-à-vis d'autres organismes microscopiques; par exemple, il cultive la bactéridie charbonneuse, et cela permet de comprendre comment un organisme dans lequel une maladie virulente ne récidive plus est propre néanmoins à contracter une maladie virulente d'une autre nature. Il serait facile de donner le charbon à des poules, vaccinées pour le choléra des poules. »

M. Pasteur a l'espoir d'obtenir des cultures artificielles de tous les virus et il propose de rechercher les virus vaccins des maladies virulentes qui ont désolé à tant de reprises et désolent encore tous les jours l'humanité, et qui sont une des grandes plaies de l'agriculture dans l'élevage des animaux domestiques.

Nous avons maintenant l'explication positive et rationnelle des faits que nous avons observés, car par analogie nous pouvons dire que la maladie que nous avons décrite se comporte comme une maladie virulente et les expériences de M. Pasteur nous donnent la clé de certains phénomènes inexpliqués.

Mais dans une question aussi importante, avant de formuler une opinion, il faut nous appuyer sur l'observation des maîtres, et avant de dire toute ma pensée sur la nature de la fièvre que j'étudie, je vais passer en revue les opinions des hommes compétents qui ont pratiqué à la Martinique et dans

les pays où règne la fièvre inflammatoire. A la Guyane, comme je l'ai déjà dit, il n'en est pas fait mention, mais je crois avoir démontré par mes nombreuses observations que la maladie que j'ai étudiée dans ce pays est semblable à celle qui a été si bien décrite par M. Bérenger Féraud aux Antilles; c'est à son remarquable traité de la fièvre bilieuse inflammatoire que j'emprunterai les opinions d'hommes compétents. A propos de la Guyane, je dois dire que si la dénomination de fièvre inflammatoire est peu employée par les médecins, c'est que M. Chapuis lui avait substitué le nom de rémittente bilieuse, et nous constatons dans plusieurs rapports que M. Chapuis est frappé de la ressemblance de la fièvre rémittente bilieuse avec la fièvre jaune.

« Poissonnier-Despérières et Pouppè-Desportes pensaient que la fièvre inflammatoire est de même nature que la fièvre jaune.

« Savarési la considérait comme une variété de fièvre jaune. C'est ainsi qu'en analysant le livre de Poissonnier-Despérières sur les fièvres de Saint-Domingue, il dit : la description qu'il fait de la fièvre ardente est assez bonne et caractérise parfaitement la fièvre jaune. L'espèce particulière qu'il appelle diminutif du causus est évidemment le troisième degré de cette fièvre.

« Câtel pensait que toutes les pyrexies qu'on observait à la Martinique étaient des degrés d'une même maladie, provoquée par l'intensité variable du facteur étiologique du climat, et par conséquent, il croyait que ce qu'il appelait la gastro-céphalite, c'est-à-dire ce que nous entendons aujourd'hui par fièvre inflammatoire, était, en tout cas, extrêmement voisine du typhus ictérode. Pour lui, le germe était le même; seule, la rareté ou la prédominance des vents du sud, avait la propriété de laisser la maladie à l'état d'atteintes isolées ou de lui donner des allures épidémiques. Cette cause variable faisait aussi, d'après lui, que, dans tel cas donné, tous les malades guérissaient, tandis que dans tel autre, la mortalité était vraiment effrayante.

« Amic était persuadé que la fièvre inflammatoire est de la même nature que la fièvre jaune, et n'est qu'un degré atténué de celle-ci. Il ne croyait pas, comme Câtel, que les fièvres intermittentes et la dysentérie fussent de la même catégorie.

« Dutrouleau a observé la fièvre inflammatoire ; pour lui, elle n'a pas d'identité avec la fièvre jaune et il considère les cas mortels comme des symptômes exagérés d'un accès de fièvre inflammatoire. Il ajoute que, dans un temps où ne régnerait pas la fièvre jaune on ne songerait pas à caractériser ces fièvres de cette façon.

« M. Ballot pense que la fièvre inflammatoire est le premier degré, l'atténuation de la véritable fièvre jaune. Il pense même que, suivant certaines conditions, cette fièvre inflammatoire peut, par une aggravation successive de ses symptômes, arriver jusqu'à la fièvre jaune, qui naîtrait, dans ce cas, sur place aux Antilles, sans avoir besoin de l'importation d'un germe étranger.

« Le Dr Arnoux admettait implicitement l'étroite parenté entre la fièvre inflammatoire et la fièvre jaune.

« Saint-Pair, qui a succédé à Arnoux, a eu assez souvent l'occasion de voir les allures de la maladie pour constater ses grandes affinités de toutes sortes avec le vrai typhus amaril.

« M. Chapuis, quand il exerçait aux Antilles, pensait que la fièvre inflammatoire n'est qu'un degré atténué de la véritable fièvre jaune.

« M. Langellier-Bellevue n'a pas une manière différente de voir. Dans son rapport du 2e trimestre 1860, à Saint-Pierre, il fait ressortir la ressemblance frappante qu'il a trouvée entre la fièvre inflammatoire et la fièvre jaune. Comme la fièvre jaune en 1856, dit-il, la fièvre inflammatoire du trimestre dernier n'a atteint que les marins du commerce embarqués sur les navires mouillés sur rade de Saint-Pierre.

« M. Rufz de Lavison et M. Lota se rallient à l'idée de la nature similaire de la fièvre inflammatoire et de la fièvre jaune. »

Dans l'opinion des médecins étrangers à la Martinique, on trouve des indications utiles au sujet de l'idée que l'on peut avoir touchant la nature de la maladie.

« M. Crouillebois et M. Jourdanet pensent que la maladie qui nous occupe est extrêmement voisine de la fièvre jaune, pour la raison qu'elle survient dans les mêmes conditions, lui ressemble tellement au début qu'il est le plus souvent difficile de les différencier ; enfin elle donnerait, d'après eux, une véritable immunité vis-à-vis de la fièvre jaune.

« M. le professeur Jaccoud, qui a eu l'occasion de voir la maladie pendant son voyage au Brésil est résolûment partisan de l'identité de nature entre la fièvre dite inflammatoire et la fièvre jaune. »

Nous arrivons maintenant à l'opinion de M. Bérenger Féraud qui a écrit le premier sur la matière d'une manière magistrale.

M. Bérenger Féraud, s'appuyant sur ses propres observations et sur l'opinion de ses prédécesseurs, formule et développe l'idée que la fièvre inflammatoire est de la même famille que la fièvre jaune. Il pense que la fièvre inflammatoire serait pour les petites Antilles ce que la vraie fièvre jaune est pour les grandes Antilles et le littoral atlantique qui sépare les deux Amériques.

Il émet franchement l'opinion que la fièvre inflammatoire n'est qu'une fébricule jaune. Elle serait une synoque amarile dans son degré léger et une fièvre jaune abortive, bénigne, légère, dans ses degrés plus intenses. Il pense qu'il n'y a pas de ressaut, mais une courbe qui mène sans transition d'un cas à l'autre depuis la simple indisposition, jusqu'à la maladie mortelle. Il explique ainsi cette aggravation de symptômes qui est signalée parfois dans les maladies peu avant l'explosion des épidémies de fièvre jaune et qui fait qu'il est difficile, impossible même parfois, de dire où finit la fièvre inflammatoire et où commence le typhus amaril.

Cette opinion nettement formulée et appuyée cette fois sur des faits précis, nous paraît exacte. Cependant mon excellent maître me permettra de lui dire toute ma pensée; je sais quel est son respect pour l'opinion des autres, car son seul objectif est la recherche de la vérité. Les faits que j'ai observés s'accordent parfaitement avec ceux de M. Bérenger-Féraud; l'interprétation ne différera que sur un point.

Je crois, en effet, qu'on ne peut contester la relation de la fièvre inflammatoire avec la fièvre jaune, mais au lieu de considérer la fièvre inflammatoire comme une maladie toujours bénigne, je crois être en droit de la considérer comme une fièvre jaune anormale pouvant tuer souvent. En ne considérant la fièvre inflammatoire et la fièvre jaune que comme des degrés divers d'une même gamme pathologique, on aurait peine à comprendre cette succession irrégulière dans les degrés et aussi

l'apparition souvent soudaine de la fièvre jaune épidémique.

Cette interprétation a besoin d'une explication et nous allons la trouver dans l'étude des causes que nous avons faite.

Il est hors de doute que les symptômes de la fièvre inflammatoire ne soient une atténuation de ceux de la fièvre jaune, mais les différences dans la marche et l'évolution des deux maladies sont trop grandes pour ne pouvoir être expliquées que par les particularités météorologiques de l'année. Les fièvres rémittentes bilieuses qui sont appelées aux Antilles la fièvre jaune des acclimatés, sévissent quelquefois avec assez de violence et d'une manière épidémique, et souvent on les voit disparaître, malgré les plus mauvaises conditions météorologiques, sans arriver à produire la fièvre jaune véritable.

Je crois que l'explication de ces anomalies doit être recherchée dans une étude approfondie des causes. Il y a une différence dans l'intensité de la cause que nous pouvons nous expliquer par les connaissances nouvelles que nous possédons sur la manière d'agir des virus et des germes. Les expériences de M. Pasteur vont nous permettre de déduire par analogie ce qui se passe dans le cas particulier que nous étudions, en rapprochant des faits curieux qu'il a signalés, nos propres observations et nos expériences personnelles.

Il ne nous paraît pas douteux que la fièvre inflammatoire, comme la fièvre jaune, soit transmissible et par conséquent soit due à un contage. Il s'agit de déterminer sa nature; nous ne la connaissons pas, mais on peut facilement remonter des effets connus aux causes ignorées. Or, nous savons que la fièvre inflammatoire se comporte à peu près de la même manière que la fièvre jaune et qu'il manque à celle-ci pour se transformer en celle-là, une puissance d'activité particulière. Nous pouvons en conclure que les deux maladies sont de nature identique.

Il s'agit donc de déterminer le rapport du contage de la fièvre inflammatoire avec celui de la fièvre jaune.

Si l'on se rappelle que M. Pasteur, le premier, a obtenu les corpuscules germes dans le groupe des vibrioniens, que de plus Sanderson et Koch ont vu les états particuliers que peuvent affecter les bactéries, on peut concevoir que la fièvre inflammatoire soit due à un état particulier du microbe qui produit la fièvre jaune. On sait aussi que les bactéries caduques arrivées

à leur développement complet, périssent rapidement, même à une température de 60 ; tandis que leurs spores résistent à des températures de 140 : ces spores peuvent germer et passer à l'état de bactéries complètement développées, mais sous des influences qui sont inconnues. Il faut pour que ces spores se transforment en germes complets quelque chose de spécial, qui leur donne une activité particulière. En faisant application de ces faits à la fièvre inflammatoire, on peut dire qu'il faut à la cause de cette maladie, une puissance qui ne saurait être déterminée et qui la ferait passer de cet état d'activité ordinaire à un état de puissance extraordinaire, pour donner naissance à la fièvre jaune épidémique avec ses caractères les plus typiques.

Ces idées ne sont pas si hasardées qu'elles le paraissent, car elles donnent l'explication rationnelle des faits inexpliqués dans les maladies des pays chauds. Et si l'on veut bien y faire attention, l'idée du paludisme sur laquelle on se repose encore aujourd'hui se prête à bien plus de bizarreries. Les faits si intéressants et si nouveaux signalés par M. Pasteur nous donnent de l'assurance et nous n'hésitons pas à nous en servir pour interpréter ce qui ne l'a pas encore été.

Nous avons vu, à l'hôpital du Maroni, un chien inoculé présenter tout d'abord des phénomènes généraux et enfin un abcès limité près du point d'inoculation. Nous trouvons dans l'étude de M. Pasteur sur le choléra des poules un fait bien intéressant, c'est qu'il n'a pas vu la virulence du vaccin augmenter, après un certain nombre de cultures successives.

On peut donc concevoir que dans les pays où la fièvre jaune est susceptible de se développer, les germes en état d'activité complète, perdent assez facilement leur puissance d'action et passent à l'état particulier de spores en ne donnant que des maladies moins sévères; ils ne pourraient reprendre une activité suffisante pour donner la vraie fièvre jaune avec son effroyable cortège que sous l'influence d'une puissance, qui agirait comme la goutte d'eau faisant déborder le vase.

Un exemple va faire comprendre ma pensée. Au commencement de l'année 1877, on observait des cas de fièvre jaune. Aux Iles-du-Salut, les maladies avaient pris une certaine gravité, on constatait une grande mortalité, mais le personnel était acclimaté et on ne redoutait pas sur ce point la fièvre jaune. Au

mois d'avril, une compagnie d'infanterie de marine arrive de France et sans la laisser débarquer à Cayenne on l'envoie aux Iles-du-Salut. Quelques jours après son arrivée, on constate chez les soldats des îles quelques cas de fièvre, mais rien de spécial, quand un jeune officier accompagnant le Gouverneur dans une tournée aux Iles-du-Salut et venant de Cayenne, tombe malade et meurt de fièvre jaune. A ce même moment, la maladie se déclare sur la compagnie tout entière et la décime.

Et c'est là l'histoire de bien des épidémies. Il suffit bien souvent d'un cas, quand le terrain est suffisamment préparé, pour donner aux germes la force qui leur manque. Il me serait facile de retrouver les même faits dans les diverses épidémies de la Guyane.

Il est facile de comprendre, au contraire, comment à certaines époques, malgré l'importation d'un ou de plusieurs cas de fièvre jaune, l'épidémie ne se déclare pas; il faut que le terrain soit bien préparé et que les germes soient prêts à évoluer. On comprendra comment on est en droit de redouter la fièvre jaune à la Martinique, quand on observe des cas de fièvre à caractère typhique, comme l'année dernière, ou à la Guadeloupe quand on voit quelques cas de fièvre jaune, comme cette année. On comprendra ainsi ces bouffées épidémiques tout à fait passagères qu'on observe assez souvent à la Martinique, à la Guadeloupe et à la Guyane, à la suite d'une importation. On comprend aussi pourquoi il faut des circonstances extraordinaires pour voir la maladie se développer dans un pays où elle ne règne pas d'ordinaire.

Il est un autre fait que je ne puis passer sous silence, parce qu'il contient un enseignement dont il faut tirer profit. Au mois de mars 1876, le *Casabianca* revenant du Maroni où il existait une maladie épidémique, arrive à Cayenne avec un ou deux cas assez singuliers. Cet aviso part pour le Para; à son retour à Cayenne, il présente des cas non douteux de fièvre jaune, et, chose singulière, c'est que les soldats d'infanterie de marine qui avaient pris passage sur le bateau et qui étaient descendus à terre au Para n'ont pas été malades et ont pu retourner à leur caserne à Cayenne, car la maladie ne s'est déclarée que quelques jours après l'arrivée du bateau, tandis que tous les matelots ont été atteints et que beaucoup sont morts. Deux d'entre

eux qui étaient entrés à l'hôpital de Cayenne, avant que l'épidémie du navire ne fût constituée, y sont morts de fièvre jaune. Malgré cela la maladie ne s'étendit pas à la ville de Cayenne; et ce ne fut que huit mois plus tard, après l'importation de nouveaux cas du Maroni qu'une épidémie de fièvre jaune se déclara à Cayenne.

Ce sont là autant de faits bien extraordinaires et bien inexplicables, si l'on ne veut pas tenir compte des idées que nous avons développées.

Aussi, après un examen minutieux et attentif de tous les faits que j'ai rapportés, en tenant compte des connaissances nouvelles que nous possédons, il m'est permis, je crois, de formuler une opinion raisonnée sur la nature de la maladie dont je je m'occupe et qui a tant besoin d'être encore étudiée.

La fièvre inflammatoire serait à la fièvre jaune épidémique, dans les mêmes rapports que la fièvre typhoïde au typhus.

Cette comparaison n'est peut-être pas très exacte, mais nous la donnons pour ce qu'elle vaut. Elle rend bien la pensée que nous allons encore essayer de développer.

Si nous consultons les auteurs anciens qui se sont occupés des maladies des pays chauds, nous trouvons des observations bien intéressantes et qui vont nous servir de points de repère, car si les interprétations diffèrent, les faits sont toujours vrais.

Fergusson s'exprime ainsi :

« Un corps de soldats anglais arrivent dans une colonie des Antilles, et peu après la fièvre jaune éclate au milieu d'eux. Les créoles blancs acclimatés n'en ressentent que peu ou point les effets; les gens de couleur, dix fois plus nombreux au moins que les habitants, et en communication nécessaire avec tous les étrangers, en sont complètement exempts. Comment cela se fait-il? Qu'on importe la petite vérole ou toute autre maladie vraiment contagieuse et les souffrances de ces individus surpasseront de beaucoup celles des Européens. Ce n'est que la fièvre jaune qui les épargne, et comment expliquer cela, sinon qu'il est de fait évident que cette maladie est une fièvre acclimatée, d'une nature maligne, et pour ainsi dire particulière aux Européens nouvellement arrivés.

« Chaque région, chaque climat offrira le caractère de fièvre qui lui est particulier : chez nous, c'est le typhus; dans les con-

trées plus chaudes de l'Europe, la fièvre rémittente; dans la Méditerranée supérieure, la peste; dans les Antilles et l'Afrique occidentale la fièvre jaune restreinte à certaines conditions de localité, de température et d'élévation; tandis que le typhus disparaît à l'entrée des tropiques, c'est là que commence la fièvre jaune. »

En effet, la fièvre jaune ou le vomito negro est un typhus particulier; c'est le typhus amaril ou typhus d'Amérique.

Fergusson nie la contagion, parce qu'il ne comprend pas que certaines personnes nées dans le pays puissent être indemnes. Aujourd'hui que nous connaissons la marche et la manière de procéder des maladies virulentes, ce fait ne nous surprend plus et nous expliquons l'immunité dont jouit toute une catégorie d'individus par l'assuétude au poison, par le fait d'une maladie antérieure, plus bénigne. Cette maladie antérieure qui donne l'immunité contre le vomito negro est la fièvre bilieuse inflammatoire. En effet, on peut voir un homme atteint de fièvre inflammatoire après avoir eu la fièvre jaune, mais on ne verra pas le véritable vomito negro survenir chez un individu ayant été atteint d'une fièvre inflammatoire intense. Il pourra succomber à une fièvre jaune anormale, bâtarde, une rémittente bilieuse à longue échéance,mais jamais à la fièvre jaune avec ses véritables caractères. Les créoles le savent bien et le nom de fièvre jaune ne les effraye pas, car ils pensent qu'elle n'est point pour eux. Ils ont raison, s'ils songent au vomito negro; ils ont tort s'ils pensent qu'à côté de la maladie qui tue rapidement les nouveaux arrivés, il n'en est pas une autre qui les tue aussi, mais d'une manière insidieuse.

« M. Pasteur nous a encore appris, par sa communication à l'Académie de médecine dans sa séance du 27 avril 1880, toujours à propos du cholera des poules, des faits intéressants. Il a vu qu'une ou plusieurs inoculations de virus atténué peuvent préserver les poules des atteintes mortelles d'une inoculation ultérieure. Il recherche encore si l'immunité dont il s'agit peut être absolue, quel que soit le mode d'introduction de la maladie, quelle que soit la réceptivité de l'animal. M. Pasteur emploie le mot vacciner pour exprimer le fait de l'inoculation à une poule du virus atténué. Les effets de la vaccination sont variables avec les poules; certaines résistent à un virus très viru-

lent à la suite d'une seule inoculation préventive du virus atténué, d'autres exigent deux inoculations préventives, même trois; dans tous les cas, toute inoculation préventive a son action propre, parce qu'elle prévient toujours dans une certaine mesure : en un mot on peut vacciner à tous les degrés et il est toujours possible de vacciner d'une façon complète, c'est-à-dire, d'amener la poule à ne plus recevoir aucune atteinte du virus le plus virulent. La résistance constitutionnelle de certains animaux et l'immunité que créent chez les poules des inoculations préventives, n'a rien que de naturel, quand on considère que toute culture en général modifie le milieu où elle s'effectue. »

Nous trouvons dans ces faits nouveaux l'explication rationnelle des exceptions que l'on rencontre si souvent et qui détournent les esprits de la règle principale : l'immunité absolue des uns et l'immunité relative des autres.

Ainsi donc, la fièvre bilieuse inflammatoire ne serait qu'une flèvre jaune anormale, insidieuse, à marche lente, avec des degrés et des variétés; la fièvre jaune véritable est toujours la même maladie et semblable à elle-même, c'est le vomito negro avec son cortège effrayant et son terrible caractère épidémique et contagieux.

Pour passer de l'une à l'autre maladie, que faut-il? Il faut des conditions assez nombreuses; difficiles encore à déterminer, mais parmi les principales on peut citer dès maintenant l'intensité de la fièvre inflammatoire sévissant à la fois sur un grand nombre d'individus, l'arrivée d'Europe d'une grande quantité de personnel et enfin le plus souvent, l'importation d'une nouvelle dose de poison, qui agirait comme la goutte d'eau qui fait déborder le verre.

## PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

C'est surtout la physiologie pathologique qui va nous permettre d'expliquer certains phénomènes observés et de justifier, pour ainsi dire, les opinions un peu hypothétiques que nous avons émises sur la nature de la fièvre bilieuse inflammatoire.

Nous avons cherché à connaître et à deviner la nature intime de la cause principale; si nous ne savons pas au juste ce qu'elle

est, nous savons au moins à quel ordre il faut la rapporter et quel est son mode d'action sur l'organisme. Nous savons aussi quelles sont les conditions qui lui permettent d'évoluer librement et nous connaissons d'une manière à peu près certaine les circonstances en vertu desquelles son action est plus manifeste sur l'organisme.

Nous avons insisté beaucoup sur les conditions météorologiques et nous avons vu qu'indépendamment de l'action qu'elles pouvaient avoir sur la cause elle-même, elles produisaient des effets très appréciables sur les organes, en vertu desquels ils étaient plus facilement et plus fortement impressionnés.

L'influence de la chaleur humide sur l'organisme est de nuire à la perspiration cutanée et de s'opposer pour une large part aux excrétions; elle agit encore d'une manière certaine en s'opposant à l'exhalaison de la vapeur d'eau par la respiration. On comprend alors l'action malfaisante de l'atmosphère ambiante en fermant toutes les voies d'élimination. Nous assistons bientôt à un double phénomène de typhisation, par l'intoxication primitive qui rend les combustions incomplètes et par une élimination insuffisante des principes septiques.

C'est sur le sang d'abord, ce liquide nourricier par excellence, et sur les organes ensuite, que va se manifester cette double action.

Il y a altération du sang par empoisonnement et l'action virulente est analogue à celle des fermentations.

Le poison porte principalement son action sur le globule sanguin qui ne peut absorber l'oxygène en quantité suffisante. L'hémoglobine ne subit alors que des transformations incomplètes et est bientôt incapable de donner naissance aux produits extrêmes qu'elle doit former naturellement. Nous savons que les produits ultimes sont l'acide carbonique et l'urée; or, l'urée va toujours en diminuant et l'exhalaison d'acide carbonique est probablement aussi diminuée.

Un des principaux phénomènes appréciables à l'œil nu est l'ictère qui se borne quelquefois à la subictéricie, mais qui présente le caractère singulier d'exister sans qu'on puisse constater la présence de la bile dans le sang, dans les humeurs, dans les tissus et même dans l'urine.

C'est suivant l'expression de notre regretté maître, le pro-

fesseur Gubler, auteur de la théorie de l'hémaphéisme, un ictère hémaphéique.

Il est bon de dire ici un mot de cette théorie aujourd'hui généralement acceptée et basée sur les travaux de Gubler, Virchow, Zenker et Funke.

Le pigment biliaire serait tout simplement une transformation de l'hémoglobine provenant de la destruction continuelle des globules rouges. Si maintenant, sous une influence morbide quelconque, la destruction des globules sanguins est trop rapide, le foie deviendra impuissant à transformer toute l'hémoglobine en biliphéine; cette matière colorante restera donc dans le sérum. C'est à ces pigments qui se produisent à l'état pathologique et qui dérivent de l'hémoglobine incomplètement élaborée que M. Gubler donne le nom d'hémaphéine, désignant sous le nom d'hémaphéisme l'accumulation du pigment dans le sérum sanguin. Le même phénomène se produira si le foie, devenu malade, est atteint dans son activité sécrétoire.

De là, pour M. Gubler, deux modes de production de l'ictère : la rétention biliaire qui engendre l'ictère biliphéique et la transformation incomplète du pigment sanguin qui produit l'ictère hémaphéique.

Pour reconnaître les urines biliphéiques des urines hémaphéiques, la coloration des urines, du linge et la réaction de l'acide nitrique suffisent; on reconnaît facilement la nature du pigment qui colore les urines.

Je pense avoir suffisamment établi par les observations suivies d'analyse que, dans la plupart des cas, nous nous sommes trouvé en présence de l'ictère hémaphéique et que la bile ne paraissait que dans des conditions déterminées.

On voit tout de suite comment les urines hémaphéiques peuvent permettre d'attribuer à une intoxication quelconque, des symptômes qui, sans cette donnée, auraient été attribués à une maladie légère, comme à un embarras gastrique simple. On voit déjà que ce symptôme peut donner plus de gravité à un état morbide, en faisant soupçonner l'existence d'une lésion étendue de la glande hépatique.

Aussi après l'étude que nous avons faite, nous pouvons conclure tout de suite à une intoxication du sang se traduisant tout spécialement par une réduction incomplète de l'hémoglo-

bine, et à une altération des principaux organes et surtout de la glande hépatique dont on peut se rendre compte par la diminution de l'urée et de la sécrétion biliaire.

Mais un point important sur lequel nous devons appeler l'attention, c'est que l'altération du foie n'a lieu que secondairement. Nous en trouvons la preuve dans ce fait que l'ictère n'apparait jamais dès le début et que la diminution de l'urée ne se fait que graduellement; au commencement de la maladie, la quantité est à peu près normale. Cette observation est de toute nécessité, car elle nous permet de séparer nettement la maladie dont nous nous occupons des maladies qui ont pour origine une lésion primitive du foie; elle nous impose l'obligation de remonter à une cause plus générale et portant son action première sur le liquide sanguin.

Tout peut se rapporter à trois grands groupes de faits : 1° la lésion hématique; 2° les troubles sécrétoires; 3° les localisations.

a. *Lésion hématique.* — Toute altération du sang retentit sur le système nerveux.

Aussi, le premier phénomène important qui se manifeste à la suite de l'intoxication, est l'apparition de la fièvre amenant une paralysie vaso-motrice et vaso-sécrétoire. Il peut se faire que la substance organisée vivante des tissus, soit directement influencée et produise une suractivité des actes physico-chimiques, thermogénétiques. Il est possible qu'une autre action se produise, que le centre modérateur thermique, surtout étudié par Tscheschichin, soit modifié et produise de la chaleur, en agissant sur les nerfs calorifiques.

Le frisson a lieu quand la température dépasse 39. La paralysie vaso-motrice se manifeste par la dilatation des vaisseaux, d'où absorption moindre d'oxygène et combustion incomplète.

La paralysie sécrétoire se manifeste par la sécheresse de la peau et des muqueuses et la diminution de l'urine. Les organes sécrétoires sont saisis dans leur activité et les fonctions d'excrétion sont diminuées.

La matière colorante des globules incomplètement brulés trouvant les voies d'éliminations fermées en partie, reste dans le torrent circulatoire et la teinte jaunâtre des tissus apparaît.

Par suite de cette paralysie vaso-motrice et vaso-sécrétoire,

il résulte une sorte de barrage incomplet qui amène une accumulation des matières de déchet.

Ces matières de déchets ou substances extractives sont nombreuses et de qualités diverses. Schutzenberger (annales de physique et de chimie, 1879) a montré qu'elles dérivent de l'albumine. Des recherches de M. Quinquaud (moniteur scientifique du Dr Quesneville, 1877) il résulte que ces matières extractives, nuisibles déjà par elle-mêmes, peuvent donner naissance par dédoublement artificiel à des agents toxiques, qui sont à rapprocher des substances si actives, découvertes par Ladenburg et surtout Selmi, sur le cadavre humain. De plus, dans les maladies graves avec ataxie et adynamie, on constate la présence de ces mêmes produits de dédoublement.

Schutzenberger, en soumettant dans un autoclave l'albumine, a obtenu des quantités d'ammoniaque, d'acide acétique, d'acide carbonique, d'acide oxalique qui lui ont permis d'admettre le groupement urée d'un côté et oxamide de l'autre dans les molécules de l'albumine.

Et ainsi nous pouvons comprendre et nous expliquer l'acidité du sang qui a été constatée dans une analyse où le sang était encore acide après avoir avoir été bouilli et traité par l'alcool. Nous comprenons l'acidité des différents liquides et surtout des matières vomies. Nous pouvons enfin nous expliquer le processus en vertu duquel sur un point quelconque irrité de la peau on voit les tissus se détruire rapidement.

Selmi, précédé par Ladenburg, en 1876, publie en janvier 1878 une note sur la découverte de quelques substances qui ont la même réaction chimique et physiologique que les alcaloïdes. Au point de vue physiologique, les uns possèdent une saveur piquante qui engourdit la langue; avec quelques-uns on obtient des signes d'empoisonnement : dilatation de la pupille, ralentissement ou irrégularité des pulsations cardiaques, mouvements convulsifs.

Les uns, au point de vue des caractères chimiques, se rapprochent de la codéine et de la morphine, les autres de l'atropine, d'autres se rapprochent des caractères chimiques de la delphinine.

Malgré tout, ou bien la réaction de l'organisme suffit pour dépurer le sang des déchets accumulés, ou bien a réaction

épuise l'organisme; l'altération du sang augmente par de nouveaux déchets et alors survient de l'auto-infection qui peut conduire à ce que les anciens désignaient sous le nom de malignité dans les maladies aiguës.

Avec la cessation de l'influence nerveuse, on a la cessation du barrage, d'où la polyurie et l'élimination des matières extractives; on a, en un mot, des phénomènes critiques.

Aujourd'hui, en raison des découvertes toutes récentes, on peut parler de la crise hématique qui se passe dans le sang même.

Le sang subit une évolution continue. Il est vraisemblable, d'après les recherches de M. Hayem, qu'elle est incessante et qu'elle se fait dans la proportion de 1/20^me^, c'est-à-dire qu'il y a toujours 1/20^me^ des éléments figurés du sang qui sont destinés à remplacer les anciens. Les hématoblastes de M. Hayem représentent donc 1/20^me^ des éléments du sang.

On comprend que, du moment où le sang reçoit des éléments figurés nouveaux, il faut que les anciens disparaissent. Dans certaines maladies, comme la pneumonie, au moment de la défervescence, on voit survenir une production en apparence abondante d'éléments nouveaux, deux à quatre fois plus qu'à l'état normal; car, par suite de l'évolution générale du sang qui est entravée, aussitôt produits ils ne se transforment pas en éléments normaux.

Mais dans la fièvre typhoïde où la défervescence se fait en escalier, à peu près comme dans la fièvre bilieuse inflammatoire, la réparation du sang va se ressentir de l'état antérieur et se faire d'une façon très lente.

Le chiffre des hématoblastes étant de 250,000 environ dans le sang normal, ce chiffre tombe à 60,000 dans la fièvre typhoïde. Au début de la défervescence, il y a un effort de réparation qui est bientôt entravé et ce n'est qu'au bout d'un certain nombre de semaines qu'on arrive à un chiffre de 300,000, chiffre maximum représentant la poussée hématique; la courbe redescend ensuite et arrive à la moyenne physiologique.

Dans la fièvre bilieuse inflammatoire, nous ne savons pas la marche que suivent les hématoblastes, mais dans plusieurs cas nous avons vu une diminution considérable de globules survenue en quelques jours, pendant la première période de la

maladie et les sujets ont mis des semaines entières à reprendre les forces enlevées par trois jours de fièvre.

Si maintenant nous rapprochons ces faits de physiologie pathologique de tous ceux que nous avons signalés, nous voyons que la lésion hématique est facile à admettre et doit être admise, car elle est certainement la cause de la fièvre qui paraît avant qu'aucun organe ne soit lésé ; dans l'hypothèse que nous soutenons et que nous croyons fondée sur des preuves sérieuses, il faudrait admettre une fièvre essentielle ou une fièvre paludéenne. Nous avons suffisamment combattu le paludisme pour n'avoir pas besoin d'y revenir. Quant à la fièvre essentielle, *sine materia*, elle est difficile à comprendre quand elle sévit dans les casernes, les hôpitaux et sur un grand nombre d'individus à la fois.

Nous venons de voir pourquoi nous sommes porté à croire que c'est principalement sur l'hémoglobine que porte le processus et qui se traduit en premier lieu par l'ictère. — Nous avons noté la destruction rapide des globules et leur réparation lente; nous avons expliqué la présence des acides dans les liquides de l'économie par les dédoublements de l'hémoglobine en vase clos, comme l'a fait Schutzenberger. Par induction, nous pouvons arriver à comprendre l'action miasmatique sur le sang, et ici nous pouvons nous faire une idée de ce qui se passe, en nous rappelant l'empoisonnement par l'oxyde de carbone qui détruit les globules qu'il frappe. Les personnes qui guérissent de l'empoisonnement à l'oxyde de carbone sont sujettes à des paralysies signalées par Bourdon et qui seraient dues, pour M. Bouchardat, aux matières colorantes des globules détruits et allant former des embolies et des infarctus.

Il nous resterait à connaître l'état des gaz du sang, car ils peuvent être pour quelque chose dans les ruptures vasculaires qui se produisent sur certains organes. En faisant une incision sur les abcès qui se produisent sur différentes parties du corps, nous avons vu souvent sortir un liquide sanieux avec de nombreuses bulles de gaz. Nous avons déjà fait connaître tout le regret que nous avons éprouvé de ne pouvoir faire une analyse si importante.

Il nous faut voir maintenant ce qui se passe du côté des organes sécrétoires.

b. *Troubles sécrétoires.* — Il existe au moment de la défervescence et pendant le temps assez long de la convalescence, une diminution considérable des globules rouges : « Pour que l'évolution du sang soit normale, dit M. Hayem, il faut que les hématoblastes, en traversant l'organisme, trouvent les matériaux nécessaires à leur transformation en hématies proprement dites. »

Si les hématoblastes évoluent mal, c'est qu'ils ne trouvent pas dans l'économie les matériaux dont ils ont besoin en quantité suffisante.

C'est donc à ce point de vue que nous allons examiner les conditions dans lesquelles se trouvent les organes de l'hématopoïese.

1. Les expériences de MM. Malassez et Picard nous ont appris que le tissu propre de la rate, entièrement privé de sang circulant, renferme encore de l'hémoglobine, et il paraît dès lors démontré que le tissu splénique est l'un des points de l'économie où l'hémoglobine est, soit formée, soit emmagasinée en grande masse. Mais ici, nos connaissances sont trop imparfaites, pour pouvoir en tirer des déductions sérieuses. Tout ce que nous pouvons admettre, c'est que, au point de vue mécanique, par suite de la paralysie vaso-motrice, un tissu mou, spongieux et aréolaire puisse se laisser distendre outre mesure.

2. Du côté du foie, le fonctionnement parait entravé d'une manière évidente. L'urée va en diminuant; la bile ne se forme pas; le sucre n'existe qu'en faible quantité. Or, quand une glande cesse de fonctionner, l'accumulation qui en résulte fait naître des accidents plus ou moins graves; il y a dépôt de granulations graisseuses dans les cellules épithéliales. Les troubles sécrétoires du foie nous paraissent bien démontrés par l'étude clinique et histologique.

3. L'urine qui traduit d'une manière parfaite l'état de la nutrition, va nous donner la mesure du mouvement nutritif et nous dire quel est le tissu qui se détruit et dans quelle mesure il se détruit.

L'hémoglobine donne lieu, par sa combustion, à de l'urée et à de l'uro-hématine, substance chromatogène qui existe dans l'urine sans lui donner de couleur. C'est à l'uro-hématine qu'est due cette coloration rose spéciale que nous avons souvent signa-

lée dans les urines, et qu'on obtient en versant de l'acide azotique.

L'indican ou indigose urinaire de Gubler est une substance bleue, chromatogène que nous avons ausssi assez souvent rencontrée. Elle indique une altération du tube digestif dans sa partie sous-stomacale.

L'albumine passe dans l'urine en quantité variable, suivant les cas.

La bile n'apparaît que rarement et en quantité insuffisante pour expliquer l'ictère le plus fréquent qui se forme plutôt aux dépens des matières qui devaient former la bile.

Les urines ont quelquefois un aspect qui ferait croire au premier abord à la présence de la bile. Il faut bien se rappeler que ces urines sont chargées de matières colorantes du sang. De plus, il faut savoir qu'en faisant prendre de la rhubarbe, ou de la santonine, les urines prennent une coloration jaune-verdâtre; mais dans ce cas l'urine ne se colore pas en vert avec l'acide azotique. Avec une goutte de lessive de soude, on obtient dans la fausse urine ictérique, rendue jaune par la rhubarbe ou le séné, une coloration rougeâtre due à l'acide chrysophanique.

L'urée diminue d'une manière graduelle et se maintient à un taux inférieur à la normale. En prenant même les plus mauvaises conditions pour l'élimination de l'urée, on sait qu'elle est au moins de 16 à 18 gr. par 24 heures chez les hommes soumis au régime des hôpitaux à Paris. Or, nous avons vu qu'elle se maintenait pendant longtemps aux chiffres tout à fait minimes de 5 à 10 gr.

La proportion d'acide urique, des matières extractives et des sels paraît augmenter beaucoup. Ce sont surtout les phosphates que l'on rencontre en grande quantité et qui proviennent de la destruction du tissu osseux. Aussi, il n'est pas étonnant que les enfants ne puissent se développer qu'incomplètement et que chez les adultes on observe si souvent des altérations du tissu osseux. On trouve aussi assez fréquemment du carbonate de chaux.

Ainsi l'urologie clinique peut nous permettre d'apprécier la quantité et la qualité de la nutrition, en nous faisant remonter du produit à l'acte producteur.

En effet, les matières colorantes du sang nous donnent une

idée de la destruction des globules rouges. La diminution considérable de l'urée, l'augmentation d'acide urique, des matières extractives, des sels, avec ou sans albumine, nous indiquent que la somme de nutrition générale est abaissée, que la désassimilation est moins complète et moins intense.

c. *Localisations.* — Par suite de la paralysie vaso-motrice et vaso-sécrétoire, on observe du côté des organes des lésions de fonctions ; et des dilatations vasculaires avec congestions et inflammations. La glande la plus importante dont l'action paraît troublée et diminuée est le foie. Nous en avons la preuve dans ce fait que l'élimination de l'urée se fait parallèlement à la sécrétion biliaire ; nous en trouvons un exemple frappant dans l'observation de Nicolaï. Comme ce fait est important, car il peut contribuer à éclairer la question de la fonction uropoïetique du foie, nous y insistons plus particulièrement. Nous voyons dans cette observation numérotée 34, certains faits intéressants. Nous voyons pendant les premiers jours de la maladie, le chiffre de l'urée se maintenir entre 3, 4 et 5 gr. ; on ne constate point la présence de la bile dans les urines et la face présente une teinte subictérique. Bientôt le chiffre de l'urée s'élève sensiblement à 6 gr. 84 d'abord, puis à 15 gr. 96 et enfin à 18 gr. 24. Pendant les trois jours où on constate cette augmentation de l'urée, on voit la bile apparaître dans les urines, en faible quantité d'abord et bientôt en quantité bien appréciable ; on note en même temps la couleur rouge-minium des conjonctives et la couleur jaune-verdâtre des téguments. Le chiffre de l'urée descend ensuite graduellement en même temps que la bile disparaît et on n'en trouve pas de traces quand l'urée est descendue au chiffre de 9 à 10 gr. par litre.

Le foie ne fonctionne pas, le rein ne fonctionne qu'incomplètement et les voies de dépuration étant fermées, le sang s'altère de plus en plus et on assiste alors au développement de troubles généraux et aux localisations qui se produisent du côté des poumons, du cœur et des enveloppes cérébrales. Les déchets s'accumulent dans le sang et jouent un rôle dans la production des accidents. L'élimination par la peau, et les reins est amoindrie et si les foyers de dédoublement sont très actifs, on assiste à la production de phénomènes ataxiques ou adynamiques. On a pu dans ces derniers temps étudier l'alté-

ration des globules; malheureusement on ne peut pas encore saisir ce qui se passe du côté du plasma, et c'est lui qui doit contenir ces produits de dédoublement qui produisent tous les accidents. Mais on peut deviner et même saisir une pléthore séreuse donnant l'explication de plusicurs phénomènes.

On peut comprendre facilement le mécanisme de ces pneumonies, de ces péricardites et des diverses lésions du tube intestinal que nous avons signalées.

Les humeurs sont acides et âcres et on explique de cette manière les différentes manifestations que l'on observe.

Ainsi la physiologie pathologique nous fait presque toucher du doigt la nature de la maladie, et complète au moins, d'une manière très claire et très rationnelle, l'idée que nous en avons. Elle nous explique la série des phénomènes que nous avons longuement analysés et étudiés.

---

# CHAPITRE XII

## Traitement.

Dans l'histoire d'une maladie, tous les faits intéressent également la science; mais deux catégories seulement de ces faits intéressent les populations, ce sont ceux qui se rapportent à la prophylaxie et au traitement. C'est en cela que consiste, à proprement parler, la médecine; sans prophylaxie, sans traitement utile, la médecine ne serait qu'une sinistre curiosité.

Il faut donc nous occuper de ce qui est plus utile que curieux.

La prophylaxie consiste tout entière dans la connaissance immédiate du mal, ou, à défaut de la cause immédiate, des conditions dans lesquelles le mal se développe.

Ces causes sont le plus souvent sous la puissance des individus; elles peuvent par cela même être écartées, et par conséquent leurs effets empêchés, sinon détruits.

Du moment qu'on est convaincu que la maladie est le résultat de l'action d'un être organisé, toutes ces prétendues indications tirées des symptômes ou des éléments morbides, disparaissent ou deviennent très accessoires; une seule les domine toutes : détruire ou aider l'organisme à détruire ou à éliminer le parasite homicide.

Il n'est pas précisément nécessaire pour y arriver, de connaître la nature intime du germe. Nous connaîtrions demain le miasme ou le ferment, ou le parasite qui cause la rage, que rien ne prouve, tant s'en faut, que nous guéririons après-demain cette terrible maladie. Après-demain comme aujourd'hui, nous serions obligés de chercher d'abord quels sont les agents qui peuvent mettre à mort ou réduire à l'impuissance ce parasite, et, ensuite, qui peuvent exercer leur action sans apporter eux-mêmes des troubles profonds dans l'économie humaine; seulement, cette recherche, sans exclure les chances du hasard, avec lequel les inventeurs doivent toujours compter, ne serait pourtant pas livrée au hasard purement et simplement.

C'est principalement vers les insecticides que ces recherches devraient être dirigées.

C'est dans les applications de la méthode parasiticide que semble devoir se fonder désormais tout l'avenir de la médecine pratique, mais il faut entrer résolûment dans cette voie féconde.

C'est par une hygiène rationnelle et bien entendue que nous empêcherons le développement des germes et que nous ferons une prophylaxie utile; c'est par une thérapeutique sagement appliquée que nous empêcherons ces germes de se multiplier dans l'organisme, et de produire de grands désordres, en modifiant d'une certaine manière les organes et en changeant les conditions de leur habitat.

Nous allons tout d'abord nous occuper de la thérapeutique, c'est-à-dire de l'étude des agents qui peuvent modifier ou combattre la maladie une fois déclarée.

### *Thérapeutique.*

Les médicaments qui peuvent être employés dans le traitement de la fièvre bilieuse inflammatoire sont nombreux et variés. Ils s'adressent aux modifications apportées aux fonctions par la cause générale, ou bien aux différents symptômes, et dans ce dernier cas c'est sur les indications qu'il faut se baser.

C'est ici que nous allons comprendre combien il est important de connaître la nature de la maladie et les modifications qu'elle apporte dans l'organisme. Nous connaissons les fonctions troublées et il nous sera assez facile de les modifier, en employant des substances capables d'agir sur les éléments anatomiques ou les humeurs, et de favoriser l'élimination des substances inutiles ou nuisibles.

Il est difficile de songer, même avec l'idée que nous avons de la maladie, à atteindre directement les germes dans l'organisme et à les tuer, car il faudrait des doses considérables de médicament, mais il n'est pas irrationnel de penser pouvoir modifier les humeurs de façon que les germes ne puissent plus y vivre et de manière à les empêcher de se reproduire, en modifiant les conditions de leur habitat. Cette idée se comprendra aisément si l'on songe que tout peut se réduire à la vie protoplasmique qui peut être modifiée par la chaleur, l'électricité et

la densité des liquides. C'est ainsi que les mouvements des cils vibratiles s'arrêtent dans un milieu acide et reprennent leurs mouvements quand il devient alcalin. Si l'on soumet une préparation de sang à un refroidissement, le globule va devenir rond et immobile; si on chauffe à une température de 40°, ses phénomènes de contractilité deviendront visibles et plus apparents. L'élément appelé hématoblaste par M. Hayem est tellement sensible qu'il ne jouit de ses propriétés que dans le milieu qui lui convient.

C'est donc principalement aux médicaments dont les effets généraux pourront modifier les éléments anatomiques dont la vie est compromise et troublée qu'il faudra s'adresser. Mais si ce déterminisme physiologique est facile à préciser, le déterminisme thérapeutique est malheureusement moins connu.

Nous avons vu qu'il y avait assez souvent des localisations et des phénomènes qui prédominaient; c'est surtout de ce côté qu'est dirigée la thérapeutique ordinaire, c'est la thérapeutique des symptômes basée sur les indications principales.

Quoi qu'il en soit et malgré toute la difficulté de la chose, nous allons admettre dans cette étude, deux divisions, la première comprendra l'étude des agents thérapeutiques pouvant agir d'une manière générale pour modifier l'état des liquides et des fonctions; la seconde comprendra le traitement des indications. En un mot, deux grandes divisions : A, traitement général; B, traitement des symptômes.

## A. TRAITEMENT GÉNÉRAL.

On comprend combien il est difficile de donner une base de traitement à la maladie que nous venons de décrire et qui est encore si peu connue. Nous n'avons point la prétention de proposer des médicaments spécifiques, mais nous allons examiner certains agents pouvant agir d'une manière générale pour l'empêcher de se développer et de produire des symptômes graves. En thérapeutique, c'est souvent l'empirisme qui donne raison au médicament; il faut donc attendre le contrôle de l'expérience.

Cependant il est un certain nombre de médicaments dont il faut parler au point de vue général du traitement.

## ÉMISSIONS SANGUINES.

Les émissions sanguines générales sont peu employées dans les pays chauds. Elles pourraient être indiquées avec succès dans la fièvre inflammatoire tout à fait au début de la maladie, quand la réaction est intense, que l'individu est robuste ou qu'il arrive de France. Je crois que ce sont là les conditions nécessaires pour la saignée dans la fièvre qui nous occupe.

On peut dire que, dans les pays où règnent la fièvre jaune et la fièvre inflammatoire, la méthode des saignées générales a suivi le cours des idées qui régnaient en France sur la méthode des saignées dans les maladies inflammatoires.

Câtel, à la Martinique, pratiquait les saignées avec une vigueur et une insistance presque légendaires.

Amic se déclara résolument contre les saignées générales, et, quand en 1850, la fièvre jaune reparut à la Martinique, il formula très positivement que ces saignées générales étaient un mauvais moyen, plein de dangers et sans avantages.

Nous ne chercherons pas à apprécier la valeur de la méthode des saignées dans la pratique de ces deux observateurs, car nous savons que, dans beaucoup de maladies, c'est moins par la nature des moyens employés que par celle des cas de la maladie qu'il faut chercher à expliquer les succès ou les revers des médecins.

Nous nous bornerons à rappeler les préceptes que nous avons formulés.

Les émissions sanguines locales sont souvent utiles et nous verrons leurs applications dans le traitement des symptômes.

### *Evacuants.*

Les évacuants doivent tenir une place très importante dans le traitement de la fièvre inflammatoire, mais il faut qu'ils soient bien administrés.

Il ne faut pas surexciter violemment l'organisme ; il faut activer les fonctions des organes et favoriser les éliminations.

L'emploi d'un vomitif au début est souvent bien indiqué et il doit être repris même dans le cours de la maladie, surtout si l'on remarque des vomituritions bilieuses.

C'est à l'ipéca, plutôt qu'à l'émétique, qu'il faut s'adresser.

On donne 1 gr. 50 de poudre d'Ipéca et dans le cours de la maladie on peut donner aussi de temps en temps une cuillerée de sirop d'Ipéca. Ce médicament excite légèrement la fonction du foie; il survient des sueurs générales, une hypersécrétion salivaire et bronchique déterminée par l'élimination de l'émétine par les glandes salivaires et par celles des bronches.

Les purgatifs doivent être souvent employés, mais il faut avoir recours aux drastiques le moins souvent possible.

Avec l'idée que nous avons de la maladie, nous attachons une très grande importance aux purgatifs, à la condition qu'ils soient employés à propos. Nous nous proposons de débarrasser l'économie de certaines substances qui l'encombrent et que charrie le liquide sanguin. Les globules se détruisent; les matières qui en résultent incomplètement éliminées restent dans le torrent circulatoire et entravent le jeu des organes; il est utile de débarrasser l'organisme de ces substances nuisibles par des purgatifs et on évite souvent des accidents graves.

Les purgatifs sont nombreux et il faut savoir choisir.

Les purgatifs salins sont généralement bien indiqués et c'est à eux qu'on a recours fréquemment, mais il faut surveiller la constipation qui en est la conséquence. Les sulfates de soude et de magnésie, le citrate de magnésie sont de bons médicaments.

L'huile de ricin est souvent bien indiquée. Les médecins de la Havane et du Mexique l'administrent couramment. On peut en donner de petites quantités et les renouveler souvent. Ce médicament a l'inconvénient d'être un peu nauséeux, mais on peut l'édulcorer avec un peu d'alcoolé de menthe.

Le calomel est bien employé par les médecins anglais; il l'est beaucoup moins chez nous et, pour ma part, je ne l'ai que peu employé.

La casse est un excellent laxatif qui se trouve en abondance aux Antilles et qui est souvent employé par le vulgaire. Malheureusement la casse n'existe pas à la Guyane et je le regrette, car elle peut être utile; son action est douce et paraît émolliente.

Enfin, je citerai la rhubarbe, la manne et la crème de tartre que l'on peut employer avec avantage pour entretenir les effets purgatifs et conjurer la constipation de la convalescence.

*Quinine.*

Avec les idées qui dominent aujourd'hui sur les maladies des pays chauds, la quinine joue un grand rôle. Il nous faut donc discuter son action et voir la part qu'il faut lui réserver. M. Bérenger-Féraud qui avait employé la quinine avec tant de succès au Sénégal a vu ses méfaits à la Martinique.

« Aux Antilles et particulièrement à la Martinique, dit-il, on abuse de la quinine de la manière la plus exagérée. Toute indisposition est une fièvre, tout accident est un accès pernicieux et contre tout symptôme morbide, quel qu'il soit, contre tout malaise même, la quinine est l'arme aussi aveuglément que souvent inutilement employée. »

Il a pu acquérir la conviction que souvent il n'aurait dépendu que d'une dose un peu plus massive de quinine pour atteindre les proportions d'un véritable accès pernicieux algide.

Il cite un cas d'accès pernicieux algide développé par la quinine. Il s'agissait d'un soldat qui avait une fièvre inflammatoire du second degré insidieux, avec un léger état typhoïde et qui était arrivé depuis six semaines de France à une époque où il n'y avait pas d'influence paludéenne. Cet homme avait de temps en temps quelques petits mouvements fébriles que l'on combattait depuis trois ou quatre jours par des doses de 0,40 centig. de quinine en vingt-quatre heures. Un jeune collègue, arrivé depuis peu d'Europe et de service à l'hôpital, trouva le soir en passant dans la salle, le malade un peu plus fatigué que de coutume, se fit présenter la feuille de clinique et voyant qu'on avait prescrit de la quinine, il crut à un accès de fièvre plus fort et donna 1 gr. de quinine. Deux heures après, il était appelé pour ce militaire qu'il trouva dans un état algide inquiétant ; il ajouta un nouveau gramme de quinine. Le lendemain matin on trouva le malade dans un état algide très prononcé, on lui prescrivit du malaga alcoolisé et tout danger disparut. La quinine ayant été laissée de côté, les accès ne se reproduisirent plus.

De plus, M. Bérenger-Féraud a remarqué qu'au Sénégal où il ne donnait jamais moins de 1 gr. de quinine par jour, les malades n'accusaient pas une fois sur dix, quelques légers bourdonnements d'oreille à cette dose ; tandis qu'à Fort-de-France,

il a vu les hommes rester, une fois sur dix à peine, exempts de bourdonnements d'oreille, avec 75 centigr.

M. Rufz de Lavison a cherché à réagir contre l'emploi de la quinine dans certaines maladies. Il a acquis la conviction qu'à doses modérées le sulfate de quinine a l'inconvénient d'engourdir les fonctions digestives et de prolonger un peu les convalescences.

Le Dr Lota proscrit la quinine dans la fièvre inflammatoire qu'il a observée à Saint-Pierre.

« La quinine, dit encore M. Bérenger-Féraud, administrée intempestivement et à dose massive, dans la période fébrile de la fièvre inflammatoire, au lieu d'agir comme dans les fièvres maremmatiques, ne fait que déprimer l'organisme déjà menacé par l'atteinte morbide elle-même, et a pour conséquence de jeter le sujet dans un état de prostration ou, au contraire, d'éréthisme nerveux qui complique fâcheusement la scène au lieu de la simplifier. »

Pendant les trois derniers mois de mon séjour au Maroni, me basant sur des observations de deux années, j'ai tenté une expérience. Je me sentais encouragé à la faire par les observations de M. Bérenger-Féraud à la Martinique et par tout ce que j'avais vu à la Guyane. M. Flagel, un de mes collaborateurs que je ne saurais trop louer, avait observé comme moi que la quinine produisait souvent des accidents et partageait entièrement mes idées sur ce point. Je dois dire que, c'est encouragé et secondé par ce jeune collègue, que j'ai osé suspendre le traitement par la quinine. Pendant les trois mois d'octobre, novembre et décembre de l'année 1878, pas un seul gramme de quinine n'a été dépensé dans tout le pénitencier. Nous avons eu dans ce trimestre la mortalité la plus faible de toute l'année et pas un semblant d'accès pernicieux. L'époque était bien choisie pour cette expérience, puisque nous nous trouvions au commencement de la saison des pluies. Il est vrai de dire que, pour mettre les chances de mon côté, j'avais pris la précaution auparavant de nettoyer de nouveau l'hôpital, en évacuant alternativement les salles, les aérant et en pratiquant quelques fumigations de chlore. Il était facile aussi de réaliser une semblable expérience, car tous les médicaments administrés sur le pénitentier proviennent de la pharmacie de l'hôpital.

Je le répète, nous n'avons jamais eu moins de malades, ni de mortalité.

Aussi, sans insister davantage sur ce point que j'ai fait ressortir nettement dans l'historique, je partage entièrement l'avis de M. Bérenger-Féraud à ce sujet. Je pense qu'on abuse de la quinine à la Guyane, comme on abuse du paludisme pour expliquer les maladies et je m'efforce de réagir contre cette tendance exagérée, plus nuisible qu'utile.

Mais il ne suffit pas de proscrire un médicament, parce qu'il offre certains dangers, il faut voir s'il ne peut pas être appliqué dans quelques cas. En effet, un médicament employé depuis si longtemps et par des hommes illustres, doit certainement avoir un côté utile qu'il s'agit de dégager.

Je crois donc qu'on peut proscrire la quinine d'une manière générale du traitement de la première période de la fièvre inflammatoire, quand elle est continue ou que les rémissions sont peu marquées. Dans les cas insidieux à forme rémittente ou intermittente, elle peut être employée à petite dose, 0,50 à 0,60 centigr. en vingt-quatre heures, quand les symptômes généraux sont peu intenses et que l'intolérance de l'estomac est peu marquée. Pendant la convalescence, quand on observe des accès intermittents, on peut l'employer également mais à faible dose. Il faut bien songer que son administration sera difficile et livrée un peu au hasard, car les accès étant irréguliers, on n'aura aucun point de repère; l'action du médicament qui doit avoir lieu au moment présumé de l'accès n'aura qu'une efficacité relative. Aussi, il ne faudra lui attribuer qu'une confiance médiocre, et avoir bien soin de consulter l'état des organes. Il est indispensable d'avoir toujours devant les yeux les troubles fonctionnels et c'est par eux qu'il faut se laisser diriger. Il faut savoir que la quinine peut faire baisser la température, mais qu'elle peut aussi contribuer pour une bonne part à la paralysie du système nerveux et à l'inertie des organes.

### *Aconit et digitale.*

L'association de ces deux médicaments m'a donné de bons résultats, en modérant la température, calmant l'état gastrique et favorisant l'action des organes. Je donne ces médicaments en

potion, à la dose de dix à vingt gouttes de teinture; on produit un effet très salutaire sur l'estomac.

La digitale, à faible dose, excite la contractilité des fibres musculaires lisses. Elle exerce une sédation manifeste sur le système nerveux et ramène le calme et le sommeil là où il n'y avait auparavant qu'agitation et insomnie. Elle semble exciter légèrement le système nerveux de la vie végétative; elle augmente la pression vasculaire et active l'excrétion urinaire.

L'aconit semble agir sur l'état de plasticité du sang. C'est un décongestif très utile; le pouls baisse, sa fréquence diminue, de même que la chaleur de la peau; les sueurs se présentent. Il ne faut jamais négliger de l'employer dans la première période ou période congestive, c'est un bon auxiliaire surtout associé à la digitale, quand l'albuminurie n'est pas intense.

### *Arsenic.*

L'arsenic a été souvent employé soit sous forme d'acide arsénieux, soit sous forme d'arsénite de potasse ou d'arséniate de soude, pendant la seconde période, quand l'estomac est susceptible d'absorption.

L'action thérapeutique de ce médicament est assez difficile à expliquer. Sous son influence, la circulation se ralentit et la température s'abaisse. Il produit une hypersécrétion de salive et est éliminé par les muqueuses. Il paraît avoir une action spéciale sur les globules rouges.

### *Alcalins.*

Les alcalins paraissent utiles, dès la première période. Nous avons vu que le sang et les humeurs étaient acides; nous avons souvent constaté un état d'acidité tel de l'estomac que même, après l'ingestion d'eau de chaux, on voyait encore le lait se cailler.

Le bicarbonate de soude à petites doses répétées de demi-heure en demi-heure et alterné avec le carbonate de magnésie arrête souvent les vomissements blancs, écumeux, acides.

Les alcalins augmentent et fluidifient les sécrétions. On sait aussi, d'après Virchow, que ces agents exercent sur les épithéliums vibratiles une excitation remarquable et en ramènent les

mouvements; il y a peut-être là aussi une condition de milieu favorable à la nutrition.

Nicholson, qui attribue l'anémie à un trouble fonctionnel du foie, conseille les alcalins et spécialement la potasse et la soude qui, grâce à leur action sur le foie, rendent au sang ses qualités normales. Le même auteur insiste sur ce fait que les alcalins n'agissent pas seulement localement en neutralisant les acides, mais d'une façon plus générale sur le sang et par l'intermédiaire du foie. Il y aurait indication à les employer, d'après Nicholson, quand on manque d'un agent capable d'arrêter un processus morbide et que l'on peut aider la nature en augmentant l'appétit, en stimulant le foie et en purifiant ainsi le sang.

### *Sudorifiques.*

Les sudorifiques pourront servir, mais avant d'obtenir un effet utile, il faut calmer le système nerveux. Des frictions aromatisées sur tout le corps pourront produire des effets salutaires. On peut employer avec succès l'acétate et le chlorhydrate d'ammoniaque.

Le jaborandi est un médicament qui peut être utile, mais dont il faut bien connaître l'action. Grâce à la substance amère qu'il contient, le jaborandi est un sialagogue et un sudorifique, mais il diminue la sécrétion de l'urine. Chose singulière, le jaborandi qui diminue ordinairement les urines, peut être dans certaines conditions un diurétique plus puissant que le lait et la digitale. M. Gubler a observé que si, au lieu de donner le jaborandi d'un seul coup, on en donnait 4 gr. en potion à doses fractionnées, on obtenait des phénomènes diurétiques. Ainsi à doses fractionnées, le jaborandi augmente la sécrétion urinaire; à doses massives, il la diminue, en augmentant la sueur et la salive. Dans son emploi, il faudra chercher l'effet diurétique.

### *Antiseptiques.*

Les antiseptiques seront utilement employés, mais il faut avant de les préconiser s'assurer de leur action par le contrôle clinique. Je n'ai pas eu le temps de les appliquer, car j'ai employé tout mon temps à bien me rendre compte de la nature du mal; c'était là le point important. Une fois, j'ai essayé les injections hypodermiques d'acide phénique et j'ai vu au niveau

des piqûres se manifester très rapidement un développement de gaz. C'était, il est vrai, dans un cas désespéré et c'était plutôt le fait de la maladie que du traitement. En revanche, je me suis souvent servi, surtout dans les derniers temps, des frictions à l'acide phénique et je m'en suis toujours bien trouvé.

Nous allons examiner brièvement les différents antiseptiques que l'on pourrait employer.

Les sulfites et les hyposulfites peuvent être conseillés. Polli a constaté que ce sont des agents capables d'annuler les fermentations organiques auxquelles on rattache diverses maladies, et qui sont déterminées tantôt par l'action de matières putrides ou de ferments venant de l'extérieur, tantôt par l'altération du sang lui-même. Polli a vu résister à l'action du pus, du sang putréfié, ainsi que du mucus morveux, les animaux chez lesquels il avait injecté auparavant, ou peu de temps après, une solution de sulfite ou d'hyposulfite de soude, tandis que d'autres animaux inoculés de la même manière, mais qui n'avaient reçu ni l'un ni l'autre des sels antiseptiques succombèrent à une fièvre typhoïde ou à une infection générale marquée par des abcès multiples. L'administration de ces mêmes sels à l'intérieur serait indiquée, suivant Polli, dans les affections où quelque ferment pathologique ou quelque organisme inférieur joue un rôle. Kuz et Manuel, dès 1832, avaient déjà administré, à l'intérieur, les sulfites dans le choléra, et plus tard, Burgraeve avait employé ces agents à l'extérieur. Les doses en sont de 10 à 20 gr. par jour, à prendre dans un julep gommeux ou dans une tisane amère ou aromatique.

M. Dumas en 1872 a mis en évidence les propriétés anti-fermentescibles du borate de soude; ce sel tue les organismes inférieurs et pourrait être utilisé.

Les propriétés antiputrides du phénol doivent attirer l'attention; il empêche le développement des organismes inférieurs. Toutefois il est bon de ne pas perdre de vue que le phénol est toxique, et dans le cas d'empoisonnement par ce corps, le meilleur antidote serait, d'après Huseman, le sucrate de chaux. On a administré le phénol en solution aqueuse ou en solution alcoolique; l'une des formules les plus commodes pour l'administration de l'acide phénique est l'alcool phénique : phénol une partie, alcool 9 parties dans un sirop.

On a déjà employé l'acide phénique dans certaines maladies épidémiques ou contagieuses. Le traitement de la variole par des potions contenant 50 cent. à 1 gramme ou plus d'acide phénique dans les 24 heures, conseillé par Chauffard en 1870, a été expérimenté avec quelques succès dans les cas de variole confluente. L'évolution de la maladie a paru dès lors plus simple, plus rapide et beaucoup moins dangereuse, en atténuant ainsi la fièvre secondaire. Déclat a proposé, dans la fièvre typhoïde, l'usage de boissons et d'injections sous-cutanées phéniquées pour combattre l'élévation de la température, en détruisant le ferment typhoïde que produirait la chaleur; l'action physiologique de cet acide est de produire l'abaissement de la température.

Des expérimentations sages et bien dirigées nous feront connaître bientôt la valeur de cet acide dans la médication interne.

### B. TRAITEMENT DES SYMPTÔMES.

C'est le plus souvent à un traitement purement symptomatique que le médecin doit se borner à soumettre ses malades; il combattra les diverses manifestations du côté des grands appareils, consécutives à la pénétration des agents ou de leurs produits, en portant aussi toute son attention sur les symptômes généraux.

1. La première indication qui se présente généralement est de combattre l'état gastrique. Les vomitifs ne sont pas universellement adoptés. Câtel, partisan convaincu de la doctrine de Broussais, rejetait les vomitifs qu'il accusait d'augmenter la gravité de l'atteinte et de provoquer des accidents; sa thérapeutique consistait en quelques émollients et en émissions sanguines. Amic considérait l'ipéca et l'émétique comme contre-indiqués au début de la maladie. M. Ballot ne recourait guère qu'aux purgatifs, aux grands bains tièdes et à quelques émissions sanguines contre la fièvre inflammatoire. Il se laissait aller à donner un ipéca, quand les phénomènes d'embarras gastrique étaient très accusés et quand il pensait que le masque de la fièvre inflammatoire recélait une impaludation latente. Arnoux ne traitait la fièvre inflammatoire que par une médication délayante et quelques légers antiphlogistiques. Chapuis

préférait les purgatifs huileux ou salins et les bains tièdes. Saint-Pair donnait de légers purgatifs et des bains tièdes ou à peine chauds. M. Langellier-Bellevue ne recourt pas dans sa pratique aux vomitifs, mais au contraire aux purgatifs huileux ou salins.

M. Bérenger Féraud n'est pas partisan des vomitifs ; il pense que l'état gastrique ne fait que s'aggraver sous l'influence de cette médication.

Malgré l'autorité des hommes éminents dont je viens de reproduire l'opinion, les vomitifs me semblent indiqués souvent et m'ont paru dans bien des cas produire des résultats inespérés. M. le médecin en chef Gourrier emploie souvent l'ipéca avec succès. Si l'on peut arriver dès le début de la maladie, un ipéca est souvent bien indiqué, mais il faut avoir soin de calmer l'estomac par des ingestions de boissons émollientes. Je pense que, si l'on a pas toujours eu à se louer des vomitifs, c'est que concurremment on employait des substances irritantes, comme le sulfate de quinine. C'est, en effet, à cette période qu'il est dangereux, car il irrite l'estomac et augmente l'hypérémie. L'ipéca débarrasse l'estomac, produit une action salutaire sur les fonctions sécrétoires et favorise les absorptions et les éliminations. Si l'on a soin de ne donner que du lait comme boisson, avec des tisanes émollientes, on n'a rien à craindre et on produit souvent une action salutaire. C'est à ce moment que la potion à l'aconit et à la digitale que je préconise est bien indiquée, car elle réussit très bien à calmer les spasmes stomacaux provenant de l'action du vomitif et des liquides acides et irritants.

Il est bon de donner le lendemain un purgatif salin ou huileux et tous les deux jours au moins une petite potion purgative au citrate de magnésie ou au sulfate de soude. Il faut à tout prix favoriser les éliminations par des purgatifs légers, sans crainte d'ébranler l'organisme, quand on agit avec précaution.

2. Il faut à la première période combattre l'état congestif et faire tomber la fièvre. Nous devons répéter que la quinine est impuissante pour produire cet effet et qu'elle est même dangereuse à cette période. L'aconit et la digitale arrivent plus sûrement à produire un effet salutaire. Les alcalins sont bien indiqués, à cause de l'acidité des humeurs, car les vomissements sont pres-

que toujours acides et nidoreux. Il semble, en effet, qu'il se produise dans l'organisme une fermentation acide. L'eau de chaux mélangée au lait sera très utile.

On peut prescrire 6 à 10 gr. de bicarbonate de soude dans une potion ou bien une limonade à la crème de tartre.

Pour combattre l'état congestif et la fièvre, nous devons nous demander si les bains ne sont pas utiles. Les bains froids me paraissent dangereux et donnent de mauvais résultats. Les bains chauds ou à peine tièdes seraient plus utiles, mais il est difficile de les bien donner ; je les ai cependant employés quelquefois avec avantage. Le Dr Amic, qui succéda à Câtel, à la Martinique, entreprit de traiter d'abord la fièvre typhoïde, puis la fièvre inflammatoire, enfin la fièvre jaune, d'une manière particulière qui lui donnait, disait-il, de bons résultats. Il employait la méthode perturbatrice des bains froids alternant avec des bains de vapeur. On plongeait le malade dans le bain glacé où il ne restait que quelques minutes ; on l'enveloppait immédiatement de couvertures de laine ou bien il était mis dans un appareil à bain de vapeur et on lui donnait une tisane légèrement excitante comme boisson. Enfin on lui faisait prendre en deux fois, à une heure d'intervalle une potion contenant trente gouttes de teinture d'iode et quatre gouttes de laudanum ; on appliquait des compresses d'eau glacée sur la tête et sur l'abdomen et on donnait des lavements froids toutes les deux heures. Ces moyens étaient répétés dans le même ordre, jusqu'à l'apparition d'une sueur abondante.

3. Une troisième indication très importante est de prévenir et de combattre les congestions viscérales qui ont de la tendance à se produire à la fin de la première période, du côté des poumons, du cœur, des méninges et surtout sur le tube digestif. C'est ici que les émissions sanguines locales pourront être utiles. L'application de quelques sangsues aux apophyses mastoïdes est bien indiquée quand les phénomènes congestifs sont intenses du côté de la tête ; les ventouses scarifiées, quand il existe des complications thoraciques. Il est souvent utile de recourir aux vésicatoires et aux sinapismes.

4. Enfin, il est certains phénomènes généraux qu'il faut combattre, car la mort peut en être la suite ; c'est surtout l'état ataxique et l'état adynamique.

L'ataxie qui résulte souvent de l'hyperthermie constituant l'état de malignité des anciens se manifeste surtout par une incohérence de toutes les fonctions. On observe du délire avec agitation et hallucinations, exaltation des sens, tremblement général avec crampes et soubresauts de tendons. Ces phénomènes sont toujours très graves et méritent toute l'attention du médecin ; les malades doivent être constamment surveillés, car c'est surtout dans ces formes qu'on les voit se jeter par la fenêtre. Il faut avoir recours aux grands bains légèrement tièdes, aux frictions de citron sur le corps et principalement à la tête ; couvrir le front de compresses imbibées de vinaigre et de jus de citron que les créoles emploient souvent et avec raison ; il faut apaiser le système nerveux avec un peu de digitale et combattre les congestions encéphaliques par des purgatifs ou des sangsues derrière les oreilles. Il faut bien se méfier de la quinine qui peut aggraver cet état. Si l'on se décide à donner de l'opium, il faut bien se rappeler que ce médicament augmente les tendances à la congestion et qu'il est d'autant plus dangereux à cette période qu'il existe souvent de l'albuminurie.

L'état adynamique réclame aussi une attention toute particulière. Il faut combattre la stupeur par des toniques, de la décoction de quinquina ou des amers, surtout si la fièvre a cessé. Contre la paralysie de la tunique intestinale et de la vessie, il est bon d'employer la noix vomique qui agit aussi comme amer. On soutient les malades avec du bouillon, du lait, tout en favorisant les fonctions d'élimination. On emploiera avec succès les lotions boratées contre les fuliginosités de la bouche et la fétidité de l'haleine. On devra avoir soin d'entourer le malade d'une atmosphère phéniquée.

Le régime qui convient le mieux, pendant toute la durée de la maladie, c'est le régime lacté.

## PROPHYLAXIE

Nous abordons la question la plus importante de ce travail et pourtant elle sera bien incomplète, car nous ne pourrons indiquer toutes les règles hygiéniques. Il en est, du reste, qui sont d'une application difficile.

Nous croyons pourtant que la plus grande difficulté, en

hygiène, c'est de convaincre de l'utilité et de la nécessité de certaines mesures souvent pénibles et ennuyeuses. Il faut, pour les faire adopter, qu'elles soient doublement justifiées.

La méthode antiseptique chirurgicale a pris dans ces dernières années un développement considérable; les résultats sont si heureux et si convaincants que tout le monde aujourd'hui en reconnaît l'utilité.

Mais la méthode antiseptique dans les maladies internes n'a fait encore que peu de progrès. Cela tient à plusieurs causes : d'une part, tout le monde n'est pas convaincu de la nécessité de cette méthode, et d'un autre côté, les moyens à employer pour empêcher les maladies de se développer réclament un soin assidu et persévérant. On prévient aujourd'hui presque à coup sûr l'infection purulente après une opération dans les hôpitaux de Paris, mais on ne parvient pas à diminuer beaucoup le nombre des fièvres typhoïdes et dans les pays chauds on n'arrive pas encore à prévenir les épidémies de fièvre jaune. Nous restons bien convaincu de la possibilité d'arriver à ce postulatum et nous nous attachons sans réserve à la défense de cette idée, en réclamant le concours de tous ceux qui voudront se convaincre.

Il n'est pas inutile, avant d'aborder la question des mesures que l'on peut proposer pour empêcher le développement de la fièvre inflammatoire et sa transformation en fièvre jaune, de regarder ce qui s'est passé depuis quelques années en chirurgie où les ferments ont été particulièrement étudiés.

Et pour montrer tout de suite l'analogie entre ces deux ordres d'idées, je vais citer un exemple. Je venais de remarquer les résultats heureux obtenus sur l'état sanitaire du Maroni, par les antiseptiques et les désinfectants, quand j'eus l'occasion de pratiquer à l'hôpital de la Transportation de Cayenne une amputation sus-malléolaire par le procédé de M. Guyon. Pénétré des idées d'infection des salles de l'hôpital, je pratiquai le pansement ouaté de M. Guérin, et j'obtins une réunion immédiate en 12 jours. — Ce fait est venu me fortifier dans mes idées sur les germes. J'ai vu, comme le dit M. Lister, que ce n'est pas l'air lui-même qui est nuisible aux plaies, mais que dans l'air les germes sont la source de la putréfaction et de l'infection des plaies, la cause des accidents et des maladies.

Sans pouvoir dire encore quel est le mécanisme intime des accidents, on sait que les recherches de M. Pasteur et de ses élèves, de M. Davaine, du professeur Lister, de M. Bert, de Tyndal, ont fait intervenir l'évolution des germes dans les maladies infectieuses.

La poursuite des microbes, selon l'heureuse expression de M. Sédillot, se fait chaque jour, et chaque jour on étudie mieux leurs conditions d'existence et de résistance.

On commence à concevoir que dans le microcosme des vibrions, tous les êtres ne sont pas également funestes; comment l'apparition de certains d'entre eux coïncide avec la disparition de certains autres; comment la présence de l'air libre suffisamment renouvelé sur une surface dénudée, favorise moins leur développement que le pansement qui recouvre immédiatement une plaie. On sait que certaines substances dites antiseptiques arrêtent l'évolution et la multiplication de ces germes. On sait aussi comment des pansements aussi différents que le pansement ouaté, le pansement antiseptique, et même le pansement ouvert agissent dans le même sens : destruction ou stérilisation totale ou partielle des microbes.

Le pansement ouaté de M. Alphonse Guérin a rendu de remarquables services, en filtrant l'air et par conséquent le rendant innocent pour l'organisme blessé.

La méthode de Lister est un résultat immédiat des découvertes de M. Pasteur. Ce savant éminent est venu donner la cause de la nocivité de l'air. Il a montré que les fermentations étaient impossibles dans l'air pur. Mais il a démontré en même temps que partout l'air était impur, dans les lieux habités et encombrés, surchargés de germes; dans les points élevés la quantité des germes est moindre; et si on arrive sur le sommet des hautes montagnes, la rareté des germes devient remarquable, mais les germes sont partout.

« Grâce à ces nouvelles méthodes, aujourd'hui à Paris, à l'hôpital, et, dans le plus mauvais, comme le dit M. Lucas-Championnière, on est en mesure de faire les opérations les plus redoutées; on les fait avec la même sécurité que si on habitait les contrées où l'air est le plus pur, et ainsi se trouve réalisé le postulatum de Nélaton qui avait coutume de dire que, « si un homme se rencontrait qui donnât le moyen de supprimer

l'infection purulente, il faudrait lui élever une statue d'or. »

Voilà ce que la chirurgie antiseptique a produit; voilà ce qu'il faut tâcher de réaliser en médecine.

Il est important au dernier point d'empêcher la fièvre bilieuse inflammatoire de prendre un développement anormal et il faut toujours penser à la fièvre jaune qui la touche de si près.

La maladie ayant pour origine la pénétration dans l'organisme d'agents infectieux ou de leurs produits, il faut chercher à tout prix à éviter cette pénétration.

La première condition serait avant tout d'empêcher leur production et, par suite, de s'attaquer à leurs foyers d'origine et de développement.

Nous allons donc nous occuper de la question au point de vue hygiénique et nous admettrons deux divisions : l'hygiène individuelle, concernant un certain groupe d'individus et l'hygiène sociale comprenant la population d'un ou de plusieurs pays.

### A. HYGIÈNE INDIVIDUELLE.

Nous pourrions faire ici quelques emprunts au remarquable rapport de M. J. Rochard, sur les recherches qu'il reste encore à faire pour élucider les points encore obscurs que présente l'étude de la peste. Ce rapport, lu à l'Académie de médecine, dans les séances du 13, 20 et 27 avril 1880, fait l'étude des mesures prophylactiques qui pourraient être proposées contre toutes ces grandes maladies contagieuses. Nous ne devons pas oublier cependant que nous ne faisons pas l'histoire de la fièvre jaune véritablement épidémique, mais bien celle d'une maladie épidémique et moins contagieuse. Mais il est certains points qui conviennent parfaitement à notre sujet, puisque nous nous proposons surtout d'étudier les mesures hygiéniques quand on est dans la période d'imminence épidémique et cette étude est d'autant plus importante qu'elle est le plus sûrement efficace. Les mesures de voirie doivent être l'objet d'une sollicitude toute particulière. Les rues, les impasses, les cloaques, dit M. Jules Rochard, doivent être nettoyés avec le plus grand soin, et cela avant que l'épidémie n'éclate; car ces travaux ne sont pas sans danger pour ceux qui les exécutent lorsque le fléau est en

pleine activité. Les quartiers les plus pauvres, les plus peuplés et par conséquent les plus malsains, doivent être l'objet d'une surveillance spéciale. Des visites sanitaires y sont indispensables, pour faire nettoyer les cours, les couloirs, les fosses d'aisance, pour évacuer sur-le-champ les logements manifestement insalubres. Les portes de l'hôpital doivent être rigoureusement fermées aux parents et aux visiteurs. M. Talmy, médecin de première classe de la marine, propose de brûler les morts ou de les jeter à la mer en cas d'épidémie de fièvre jaune.

Nous aurons à nous occuper tout spécialement des conditions que devraient remplir les hôpitaux, les casernes et les maisons particulières.

1. *Hôpitaux.* — On peut concevoir que les miasmes sont plus efficaces quand ils sont concentrés, en sorte que l'accumulation d'un grand nombre de malades dans un local relativement étroit produit la cause toxique que la dissémination aurait pu éviter. On devra autant que possible prévenir l'encombrement et isoler les malades ; nous pourrions montrer les avantages que réunissent les petits hôpitaux, en comparaison de ces vastes bâtiments où l'on entasse de grandes quantités de malades ; les meilleurs hôpitaux sont ceux qui sont situés à la campagne et qui ne comprennent qu'un petit nombre de lits.

Il semble que chaque hôpital ait son atmosphère à part, qui réserve son action pernicieuse à une zone limitée. L'air n'est pas seul à conserver les miasmes ; on a pensé que les murs, les planchers, les meubles, les tentures et les rideaux surtout, s'imprégnaient des éléments morbides que l'air répandait ensuite.

A Paris, lorsqu'une épidémie de fièvre puerpérale sévit dans une salle d'accouchées, on est obligé, pour sauver les femmes d'une mort presque certaine, de faire évacuer la salle et de la laisser vide quelques mois, pendant lesquels on procède à un nettoyage complet.

A Genève, on n'utilise à la fois que la moitié des salles du bâtiment hospitalier ; dans la partie qui est inoccupée, les murs sont repeints, les parquets grattés et les tentures entièrement changées chaque année.

En Amérique, les services hospitaliers militaires sont installés dans des hôpitaux de 12, 24 ou 48 lits, que l'on détruit complètement tous les dix ans et que l'on rebâtit à neuf.

Dans nos hôpitaux coloniaux qui ne peuvent être détruits, il faut, quand les germes se sont développés, s'attacher à les faire disparaître, soit dans le lieu même où ils existent, soit dans les véhicules qui servent à les propager, et c'est au moyen des désinfectants, tels que le chlorure de chaux, le sulfate de fer, le permaganate de potasse et l'acide phénique. On désinfectera ainsi les fosses d'aisances, les salles des malades, le linge, les pièces de pansement et les instruments qu'on lavera ensuite à l'eau bouillante. Dans les chambres qui auront été habitées par les malades, on les emploiera pour laver le sol, les murs, et on pourra les laisser exposées à l'air durant un certain temps. Il faut, dans tous les cas, que l'aération des salles domine avant tout l'hygiène des hôpitaux et le meilleur moyen de remplir cette indication, est d'ouvrir les fenêtres à certaines heures de la journée, en prenant du reste toutes les précautions pour que les malades ne se refroidissent pas.

En consultant mes rapports, on peut voir que c'est par l'observance scrupuleuse de toutes ces règles d'hygiène, que je suis arrivé à modifier l'état sanitaire du Maroni. C'est un résultat bien évident qui nous montre encore une fois la nature des maladies qui y règnent. La contagion n'est pas soupçonnée, parce-qu'on n'a pas comme dans la variole une véritable pierre de touche, mais elle n'en existe pas moins et est d'autant plus dangereuse qu'elle est plus souvent ignorée. Mais il faut que ces mesures soient complètes et rigoureuses, car sans cela on serait dérouté en manquant le but et on risquerait de délaisser un moyen difficile et ennuyeux mais très efficace.

Pendant l'épidémie de 1877, à Cayenne, on voyait se développer à l'hôpital de la Transportation des fièvres pernicieuses; on cherchait partout la cause, on accusait les palétuviers et on ne voyait pas assez que ces salles infestées qui n'avaient pas été blanchies et nettoyées depuis très longtemps, avec des latrines mal disposées, étaient la cause du mal. Les fièvres que l'on observait n'étaient que des fièvres inflammatoires et des fièvres jaunes portant sur des individus acclimatés.

L'année suivante, j'ai eu l'occasion, comme chef de service de la Transportation, de faire nettoyer ces salles et j'ai remarqué tout de suite une amélioration sensible dans l'état sanitaire; les fièvres étaient moins graves et les plaies guérissaient mieux.

Au Maroni, il y avait encore plus à faire. D'abord l'hôpital était ouvert aux familles de transportés qui séjournaient une partie de la journée dans les salles et ce n'était pas là la moindre cause de contagion.

Les latrines n'étaient pas surveillées et tous les matins on sentait une odeur désagréable, les puits situés au milieu de la cour recevaient souvent les immondices et les égouts et l'eau était infecte. La cour de la Transportation laissait beaucoup à désirer; elle était parsemée de monticules et de dépressions, aussi pendant les nuits obscures et pluvieuses, les malades se heurtaient à chaque instant et au lieu de continuer leur route s'arrêtaient en chemin. Je ne parlerai pas de tous les objets entassés en différents endroits sans avoir été suffisamment désinfectés.

J'ai fait nettoyer l'hôpital de fond en comble; chaque salle a été fumigée au chlore, lavée à l'acide phénique, les murs grattés et blanchis; l'entrée et la sortie à l'hôpital ont été un peu plus surveillées; la cour de la Transportation aplanie; les moindres objets désinfectés; et depuis ce moment l'état sanitaire est excellent et les soldats ne meurent plus.

Pour des mesures aussi rigoureuses et aussi difficiles à prendre, il faut avoir la foi et être convaincu du résultat. Il faut être persuadé au moins que ces moyens sont assez puissants pour empêcher les maladies à forme grave de se développer, en nous rappelant les expériences de M. Pasteur que les vibrions adultes sont faciles à détruire en se transformant en corpuscules-germes. Depuis que le pansement de Lister est en honneur, on a cherché à se rendre compte si les vibrions disparaissaient. Demarquay et Ranke ont trouvé des vibrions sous le pansement. Cheyne (*The Lancet*, 1879), a constaté que le pus est sans odeur, ne contient que des micrococcus, mais point de bactéries, qui sont, pour Cheyne et Lister, les éléments actifs; les premiers, d'après les expériences de Yeo, seraient sans action chez le lapin. Cheyne et Yeo admettent donc que si le pansement de Lister, ne prévient point la production de vibrions, il détruit certainement ceux qui sont nuisibles. Quoi qu'il en soit, depuis son emploi méthodique en chirurgie, on peut dire que la septicémie et la pyohémie ont diminué considérablement.

2. *Casernes.* — Les casernes devraient être rigoureusement

surveillées et nettoyées souvent. Il faut bien se rappeler que nous parlons ici d'être invisibles et qu'une caserne peut être très propre et contenir des germes dangereux. La propreté journalière ne suffit pas; il faudrait une évacuation régulière de certaines chambres, avec de la literie de rechange. Nous ne pouvons entrer ici dans les détails et nous sommes obligé d'attirer l'attention sur cette cause probable de maladies. Il faut avant tout empêcher la décomposition des matières animales, préserver le sol des excréments humains, éviter l'accumulation, la stagnation de ces matières. On devra s'attacher à maintenir dans un bon état les égouts et les fosses d'aisance. Quand l'eau provient de fontaines ou de cours d'eau, il ne doit y avoir dans le voisinage ni égout, ni aucun autre foyer d'infection, dans la crainte que quelque filtration ne vienne lui communiquer des propriétés nocives. Enfin au Maroni il serait indispensable d'établir une buanderie annexe du magasin général et d'avoir un endroit pour déposer et nettoyer les objets des hommes qui entrent à l'hôpital. Un comité d'hygiène devrait être institué.

Toutes les fois que nous avons fait une désinfection dans les casernes de Saint-Laurent ou de Saint-Maurice, nous avons vu les fièvres diminuer d'une manière notable; M. Flagel m'a signalé ce fait que j'ai aussi bien remarqué.

3. *Habitations particulières.* — J'ai été frappé à la Guyane de voir souvent tout le personnel d'une maison malade, quand quelqu'un venait d'y mourir. Aussi il serait important de redoubler de soins pour la désinfection de tous les objets et l'aération de la maison. M. Dumas rappelait à l'Académie des sciences (1871) que l'usage de l'acide phénique est devenu réglementaire, à Paris, pour le service des pompes funèbres. A la suite des lavages des cabinets d'aisance, égouts et autres endroits publics, pratiqués avec des solutions phéniquées, on a pu constater, en Angleterre, par exemple, la diminution notable de la mortalité pendant les épidémies, à partir du moment où s'est répandu l'emploi de cet acide comme désinfectant.

### B. HYGIÈNE SOCIALE.

Dans cette étude, nous voulons surtout nous occuper de deux questions de la plus haute importance; elles ont trait, l'une

aux relations extérieures et aux quarantaines, l'autre à l'acclimatement et à l'acclimatation des Européens.

### *Mesures sanitaires.*

Il serait intéressant de suivre pas à pas les raisons alléguées tour à tour pour ou contre la contagion de la fièvre jaune depuis la grande épidémie de 1793. La contagion paraissait évidente en Espagne ; elle était niée en Amérique. Tandis qu'en Espagne on pouvait souvent remonter au premier cas et suivre l'extension de la maladie, on était étonné aux grandes Antilles de voir la maladie respecter beaucoup d'individus. Le rapport de la commission anglaise adressé au Parlement en 1853, s'appuyait, pour faire rejeter l'idée de la quarantaine sur les faits suivants :

« Que les épidémies de fièvre jaune aux grandes Antilles, sont ordinairement précédées par des cas individuels ou sporadiques de la maladie, cas qui ne sont pas moins communs pendant les saisons où ne règne aucune épidémie.

« Que bien que les épidémies s'étendent quelquefois sur une grande étendue de pays, elles sont plus fréquemment limitées quant à l'espace sur lequel elles se répandent, n'enveloppent pas, souvent, toute une ville, ni même un district considérable de cette ville.

« Que les épidémies de fièvre jaune ne s'étendent point de district en district d'après une règle de progression graduelle, mais qu'elles ravagent souvent certaines localités, tandis qu'elles épargnent entièrement ou ne visitent que légèrement d'autres localités toutes voisines avec lesquelles les habitants sont en communication constante.

« Que lorsque les épidémies de fièvre jaune envahissent un district, elles ne se répandent point des maisons les premières infectées aux maisons les plus voisines, mais que souvent elles se restreignent rigoureusement à certaines maisons d'une rue, à certaines chambres de la même maison et souvent même à certaines chambres d'un même étage.

« Que lorsque la fièvre jaune règne dans une localité, l'isolement le plus sévère dans cette localité n'assure aucune protection contre la maladie.

« Que, d'un autre côté, tel est le succès qui suit la transla-

tion d'une localité infectée, et la dispersion des malades dans un district saluble, que par cette mesure seule la marche ultérieure d'une épidémie est souvent arrêtée tout d'un coup.

« Que cette dispersion des malades n'est suivie d'aucune transmission de la maladie, pas même lorsque les malades sont placés dans les salles d'un hôpital au milieu d'individus souffrant d'autres affections.

« Qu'il faut admettre des causes localisantes et en outre une cause constitutionnelle prédisposante, la non-acclimatation. »

Les membres de la commission croyaient pouvoir conclure contre les restrictions de la quarantaine et les cordons sanitaires.

Aujourd'hui, non seulement la contagion de la fièvre jaune est bien établie, par l'épidémie de Saint-Nazaire, celle du Sénégal et tant d'autres, mais encore il nous est presque facile d'expliquer ces contradictions.

En effet, dans les pays où règne habituellement la fièvre jaune, il est souvent difficile de trouver le premier cas qui se confond intimement dans les maladies du pays. Nous savons qu'il faut aux germes une puissance extraordinaire pour produire une épidémie frappant spécialement sur tous ceux qui ne présentent pas l'immunité; elle passe sur ceux qui sont dans cette période d'immunité sans les atteindre. Nous savons aussi que cette immunité peut être conférée par une atteinte de fièvre inflammatoire, car ceux qui ont été pris, dès leur arrivée, d'une fièvre continue, résistent souvent à l'épidémie future.

Dans ces conditions nous devons nous demander quelles sont les précautions sanitaires à prendre. Si nous consultons l'histoire des épidémies, nous voyons qu'elles sont précédées par l'aggravation des maladies régnantes et surtout des fièvres dites rémittentes bilieuses. Un exemple peut être tiré de la fièvre jaune du Sénégal. L'année qui a précédé l'épidémie de 1878 avait été très mauvaise et on avait constaté une grande mortalité, de sorte qu'il a suffi en 1879 d'une importation pour faire éclater la maladie sur un terrain si bien préparé.

Aussi nous pensons que dans les pays susceptibles d'être envahis par la fièvre jaune, il est nécessaire, après une mauvaise année, de faire comme si l'épidémie avait existé, c'est-à-dire de tout désinfecter. On remarque aux Antilles et au Sénégal, une certaine régularité dans l'apparition des épidémies de fièvre

jaune, et la raison en est simple. Quand l'épidémie sévit elle frappe tous les individus susceptibles d'être atteints et après l'épidémie, on fait une désinfection générale. Le poison a donc épuisé son action, mais bientôt il reprend un peu d'activité, au fur et à mesure qu'il arrive de nouveaux aliments, mais il lui faut du temps pour acquérir une certaine puissance et il n'atteint son maximum d'activité que sous l'influence de causes nombreuses et encore inconnues.

C'est ainsi du reste qu'on explique l'apparition de certaines épidémies en France qui sont pour ainsi dire prévues; c'est ainsi que M. Bouchardat avait annoncé l'épidémie de variole qui sévit à Paris aujourd'hui.

Dans ces conditions, les mesures quarantenaires sont utiles, car on prévoit pour ainsi dire que la fièvre jaune est imminente. Mais elles ne sont pas suffisantes, parce qu'elles sont toujours incomplètes. Il vaut mieux tâcher de diminuer le foyer qui cherche à s'allumer, par des mesures hygiéniques sérieuses, en détruisant les causes localisantes, comme on le disait autrefois.

La question des quarantaines est bien sérieuse et bien complexe. Elles sont inefficaces à la Guyane, car le lazaret de Larivot est complètement insuffisant. Il faudrait un lazaret convenable, bien situé où l'on pourrait désinfecter les objets et laisser en libre pratique les individus qui paraissent bien portants. Tel qu'il est constitué aujourd'hui, le lazaret est plutôt une source de contagion. Il n'est point suffisant de mettre des hommes dans un local mal disposé, pendant trois, cinq ou huit jours, sans s'assurer que les objets qu'ils portent avec eux ne recèlent point des germes. Il vaudrait mieux laisser la libre pratique en prenant soin de fumiger les objets de la première catégorie qui débarquent que de mettre un bateau en quarantaine pendant plusieurs jours, parfois avec un personnel nombreux et dans de mauvaises conditions. Je ne fais que signaler les *desiderata* de la quarantaine à la Guyane, et je n'ai point l'intention d'en faire une étude complète qui, du reste, ne pourra être sérieuse que le jour ou on connaîtra la nature des fièvres des pays chauds. Cette étude ne pourra être faite définitivement que le jour où l'on sera convaincu de la nature des fièvres à la Guyane. J'ai essayé dans ce travail de faire partager mes idées

sur les rapports de la fièvre jaune et de la fièvre inflammatoire dont j'ai pu constater la contagion, parce que j'ai eu l'occasion de l'étudier dans une petite localité. Je ne veux point laisser croire que je pense appliquer des mesures quarantenaires à la fièvre inflammatoire, mais que je pense qu'il faut être plus circonspect quand les cas sont plus intenses et se mettre en garde contre les importations du dehors par des mesures plus efficaces.

Je dois rappeler que Chervin, qui n'etait point contagioniste, avait remarqué que dans les villes espagnoles où sévissait la fièvre jaune, la naissance de l'épidémie a constamment eu lieu dans les localités où la population était la plus dense ; souvent, dit-il, la maladie s'y restreint exclusivement et il cite, comme exemple, l'invasion de l'épidémie de 1804 à Cordoue; celle de 1808, à Xérès; et celle de 1818 à Cadix. Cela prouve au moins l'influence de la densité des populations et de l'encombrement.

Les Anglais ont si bien compris le danger qu'il y a pour les militaires à être au contact des habitants civils aux Antilles qu'ils ont eu grand soin d'isoler les garnisons.

Je ne terminerai par cette question de mesures sanitaires, sans remercier M. le médecin en chef Martialis, chef du service de santé à la Guyane, de l'appui qu'il m'a donné, quand il s'est agi de mettre le Maroni en quarantaine, pour me permettre de faire la désinfection complète du pénitencier, en évitant de donner de nouveau la fièvre jaune à Cayenne où elle venait de finir. L'autorité supérieure avait donné des ordres précis et formels pour l'exécution de tout ce qui était demandé. Le Gouverneur, M. Huart, n'a pas hésité, sur ma demande, à prescrire la condamnation de peaux de bœufs et d'objets de toutes sortes qui encombraient le magasin général et qui étaient une source d'infection; aussi c'est avec joie qu'il a vu un pays jouissant d'une très mauvaise réputation, présenter un état sanitaire très satisfaisant.

### *Acclimatement.*

Jourdanet et Crouillebois, dans leurs études sur la fièvre jaune au Mexique, prétendent que ceux qui ont eu la fièvre

inflammatoire, qu'ils appellent fièvre jaune bénigne, sont préservés de la fièvre jaune proprement dite, et il découlerait même de leur dire que l'on devrait favoriser l'atteinte de la première maladie chez les individus que l'on veut garantir de la seconde.

M. Bérenger Féraud a cherché à élucider la question ; il n'a pas trouvé de fait d'individu, atteint une première fois de fièvre inflammatoire intense qui, ayant continué à vivre dans la colonie, ait été pris deux, trois, quatre ans après de la fièvre jaune au cas où une épidémie de typhus amaril est survenue.

Il me semble prouvé que l'individu ayant été atteint une première fois de fièvre inflammatoire intense est dans le cas des acclimatés ; quand survient une épidémie de fièvre jaune, il n'est point atteint brusquement et la maladie n'est pas rapide, mais il est atteint comme les créoles et il meurt à leur manière. En un mot, il est exempt de la fièvre jaune véritable à marche rapide, mais il n'est pas exempt de sa forme plus lente, plus insidieuse, à caractères moins sévères, c'est-à-dire la fièvre bilieuse inflammatoire.

On comprend tous les développements que demanderait un pareil sujet qui ne tend à rien moins qu'à résoudre le grave problème de la colonisation. Un fait se dégage de tout ce travail, c'est que ce qu'il y a de plus à redouter et ce que l'on peut vaincre, par des règles hygiéniques sérieuses et de tous les instants, c'est l'empoisonnement de l'homme par l'homme Qu'on choisisse la montagne d'argent, les Iles-du-Salut, Kourou ou le Maroni pour coloniser ou établir la transportation, le sort sera toujours et partout le même, si l'on ne veut pas se soumettre aux leçons de l'expérience. Il serait intéressant aussi d'étudier la question de l'alimentation et de certaines conditions permettant d'acquérir une résistance au climat.

Les conditions du sol dans leurs rapports avec l'humidité atmosphérique seraient aussi une question du plus haut intérêt.

En terminant, je rappellerai ce que disait M. Chapuis : « Dans une réunion d'hommes qui se renouvellent sans cesse, il semble que le premier noyau accumule chaque année les effets délétères du climat. »

---

# CONCLUSIONS

En jetant un coup d'œil rétrospectif sur l'ensemble de ce travail, nous devons nous demander si la dénomination de fièvre bilieuse inflammatoire que nous avons adoptée est bien justifiée. D'abord nous devons faire remarquer que nous avons accepté cette dénomination, parce qu'elle existe déjà et que nous n'avons pas le droit de créer un mot nouveau : du reste, elle répond à une expression employée depuis longtemps par le vulgaire. On trouvera sans doute qu'elle est vague et sans aucune signification, mais c'est la raison qui la fera accepter, car en médecine les mots qui ne signifient rien sont les meilleurs, en attendant que la cause soit la base de la nosologie.

Toutefois il est nécessaire de ne pas laisser de confusion dans l'esprit du lecteur et il est important de dire ce qu'il faut penser, dans l'état actuel, de cette dénomination.

Elle a l'avantage de ne préjuger ni la forme ni la nature de la maladie. Sans doute, la dénomination de fièvre bilieuse est bien discutable et peut induire en erreur, car nous avons fait remarquer avec soin que la bile ne se trouvait nulle part et que c'était dans la grande majorité des cas une fièvre pseudo-bilieuse. Cette expression ne correspond uniquement qu'à cet état jaunâtre des tissus que nous avons tout spécialement étudié et qui est dû principalement aux matières colorantes du sang incomplètement transformées. Nous pouvons dire, en effet, avec

M. Chapuis, que rien ne justifie l'épithète de fièvre bilieuse. Malgré tout, nous avons cru devoir la conserver, parce qu'elle est généralement adoptée et qu'elle indique au moins les altérations de l'appareil biliaire.

Cette maladie présente le plus souvent au début le caractère inflammatoire. Le pouls est large, bondissant, le facies est coloré, les yeux injectés ; les phénomènes circulatoires prédominent. Au bout de quelques jours, elle perd ce caractère et prend un autre cachet, mais il n'en est pas moins vrai que la scène s'ouvre presque toujours par la forme inflammatoire.

Ainsi après ces explications et avec ces restrictions, on peut accepter, pour le moment du moins, le nom de fièvre bilieuse inflammatoire.

L'historique que nous avons donné est peut-être un peu long, mais il contient un ensemble de faits intéressants et significatifs. En présence d'une question aussi difficile et aussi peu connue, il fallait accumuler des faits et ne marcher que la preuve en main; il fallait aussi dégager des observatioas de nos illustres devanciers tout ce qui pouvait confirmer nos idées au point de vue nouveau auquel nous nous placions. En analysant les rapports des hommes éminents qui ont dirigé le service médical à la Guyane, pendant un grand nombre d'années, nous avons pu arriver facilement à déduire quelques conclusions très importantes. Nous avons vu les oscillations de certaines maladies en relation étroite avec les mouvements de personnel; nous avons vu la maladie se localiser par intervalles dans un point plutôt que dans un autre, en dehors de toute influence tellurique. Les Iles-du-Salut nous ont paru aussi meurtrières pour les nouveaux arrivés que les points réputés les plus marécageux.

Après avoir étudié la maladie dans son ensemble, dans ses

formes et ses variétés, avoir analysé un à un tous les symptômes et donné le résultat de nos investigations cliniques et nécroscopiques, nous avons tenté une étude synthétique. Nous avons essayé de déterminer le groupement des caractères qui pouvaient en faire une entité morbide et nous avons soigneusement étudié les rechutes et les complications dont elle est susceptible.

Nous avons pu déduire logiquement la cause d'après la marche et le caractère contagieux de la maladie. L'existence des microbes n'est pas une hypothèse, puisque dans plusieurs circonstances nous avons constaté la présencede bactéries. Quand on voit une maladie se développer sur un grand nombre d'individus à la fois et qu'on la voit disparaître ou se modifier après une désinfection, il n'est pas irrationnel de songer à un germe contage. Il n'est pas forcément nécessaire de connaître sa constitution, si l'on connaît sa manière d'agir, les influences qui favorisent son développement et les conditions suivant lesquelles il agit sur les individus.

Si l'on cherche ensuite, par la physiologie pathologique, à saisir son mode d'action sur l'organisme, on arrive à avoir une idée très nette de sa nature. C'est une altération primitive du sang sous l'influence d'un ferment de premier ordre, car il se reproduit. La réaction se fait, le système nerveux se révolte et la fièvre s'allume. Les organes sont le siège de congestions passives et les sécrétions sont altérées. Le sang devient fortement acide et la sérosité qui s'extravase est également acide et irritante. Sous l'influence de l'excitation du début, le foie se congestionne d'abord et produit de la bile et de l'urée, mais bientôt en raison de la stase passive et de l'altération du sang, il fait moins de bile, moins d'urée, moins de sucre et on observe le dépôt de granulations graisseuses dans les cellules. S'il n'est

pas encore parfaitement établi que le foie soit principalement chargé de la fonction uropoéitique, un fait se dégage nettement de mes observations, c'est que la bile et l'urée marchent de pair quand les fonctions hépatiques sont activées.

La rate se congestionne également sous l'influence de l'altération du sang. Du côté du tube digestif, on observe des hypérémies passives aboutissant à la transsudation sanguine avec ecchymoses et ulcérations; les ganglions mésentériques sont volumineux et parfois remplis de matières noirâtres. On dirait une fièvre typhoïde sans folliculite. Il se produit aussi différentes localisations du côté des poumons, du péricarde et des méninges. Nous trouvons enfin tous les signes d'une fièvre infectieuse ou typhique avec certains caractères de transmissibilité.

Le diagnostic absolu n'est pas difficile à établir, si l'on veut grouper les uns à côté des autres un certain nombre de signes fondamentaux. Il m'a paru nécessaire de rapprocher de cette entité morbide plusieurs variétés éparses çà et là avec des dénominations plus ou moins différentes. Sans doute cette étude synthétique est un peu hardie, mais je crois qu'elle est conforme à la vérité, parce qu'elle est basée sur la nature de la maladie. J'ai longtemps réfléchi sur ce point et je n'ai marché dans cette étude difficile et délicate que l'observation à la main. Sans doute la puissance de conviction l'emportait, mais je devais convaincre le lecteur et l'expérience me dira si j'ai eu raison d'avoir confiance. Du reste, après avoir longuement et mûrement réfléchi, j'ai vu un tel chaos dans les fièvres des pays chauds confondues un peu trop aisément dans cette vaste synthèse du paludisme que je me suis décidé à faire un pas en avant dans cette voie nouvelle.

Le diagnostic différentiel n'était pas moins difficile à faire,

car il fallait séparer du groupe nouveau que je venais de créer toutes les fièvres qui s'en détachaient. Je me suis surtout efforcé de tracer les grandes lignes de démarcation entre les fièvres de nature paludéenne et les fièvres de nature amarile.

Tout en cherchant à établir que la fièvre bilieuse inflammatoire est de même nature que la fièvre jaune, il fallait songer à différencier ces deux espèces dissemblables, quant à l'accentuation des lésions et à la rapidité d'évolution. Nous avons cherché à démontrer que la fièvre bilieuse inflammatoire est endémique en Amérique, comme la fièvre typhoïde est endémique en Europe et nous avons admis le rapprochement de la fièvre typhoïde et du typhus pour faire comprendre la relation entre la fièvre bilieuse inflammatoire et la fièvre jaune épidémique.

De tous ces faits, il semble résulter que la fièvre bilieuse inflammatoire est une fièvre jaune bâtarde, sporadique ou anormale pouvant, dans certaines conditions encore indéterminées, servir d'appoint et de substratum à la véritable fièvre jaune.

Nous n'avons fait qu'esquisser les grandes lignes de traitement et indiquer sommairement les principales règles d'hygiène qui découlent de cette étude. C'est dans cette voie nouvelle que l'on trouvera la solution du grave problème de l'acclimatement et de la colonisation.

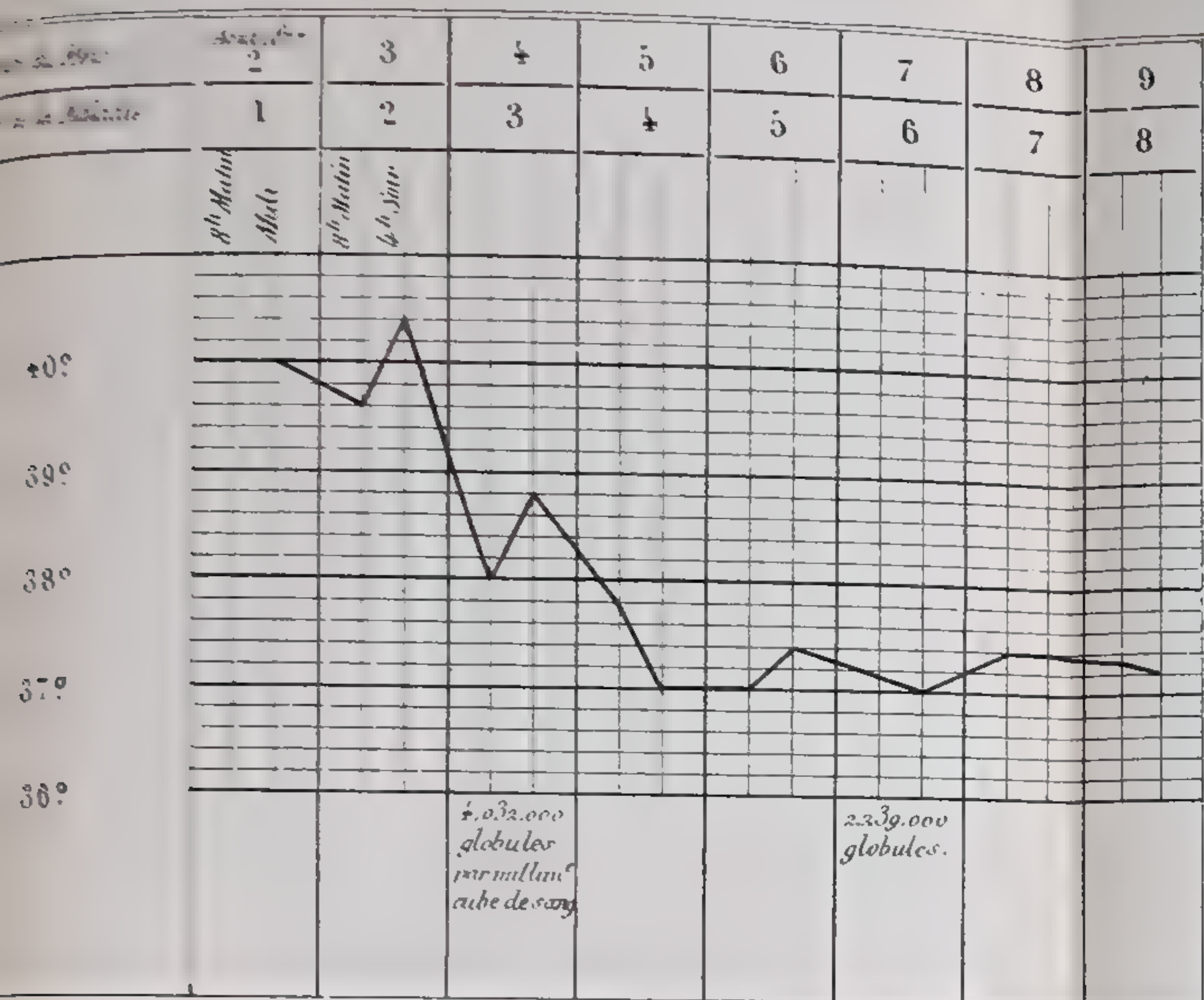
---

# TABLE DES MATIÈRES

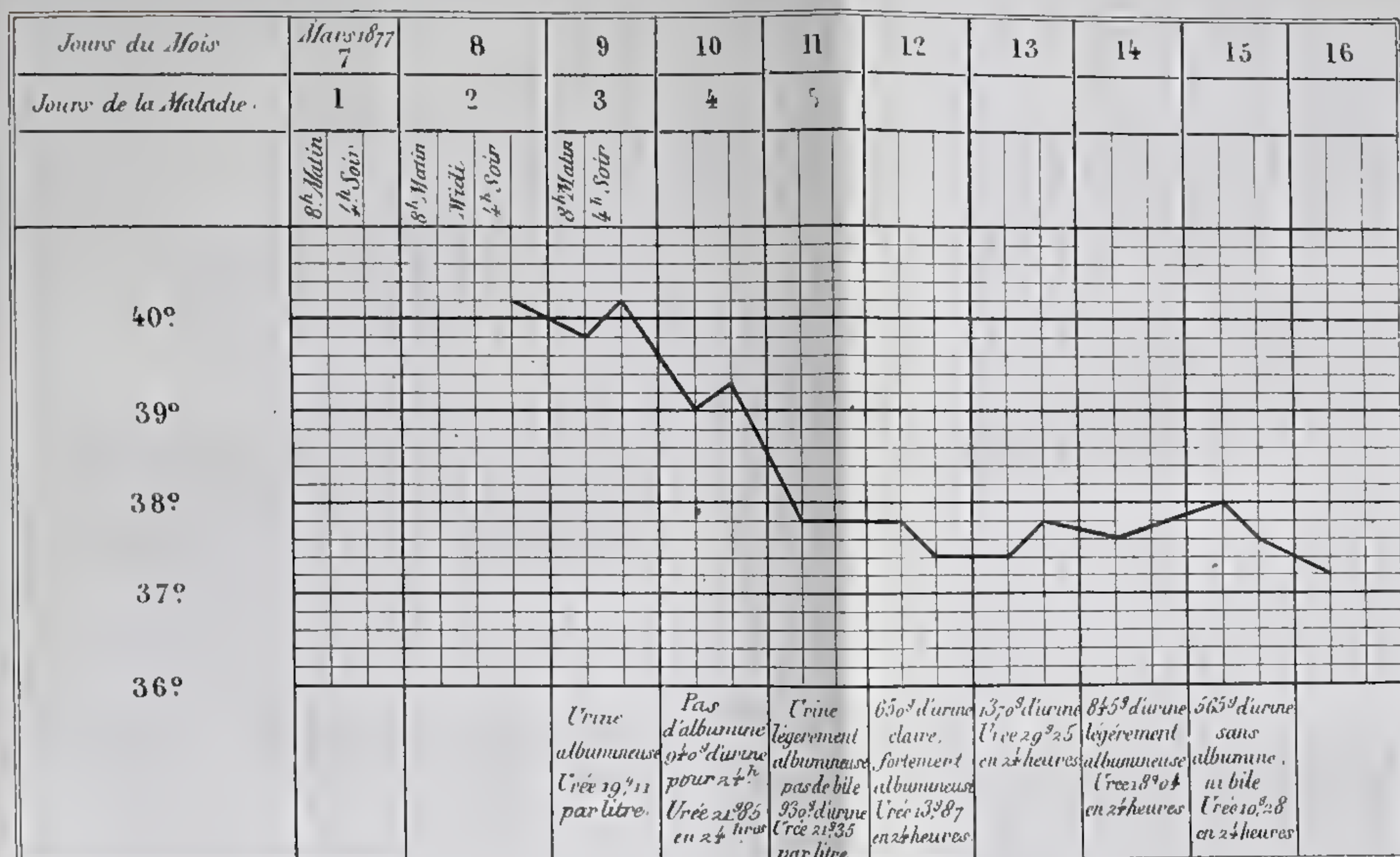
---

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

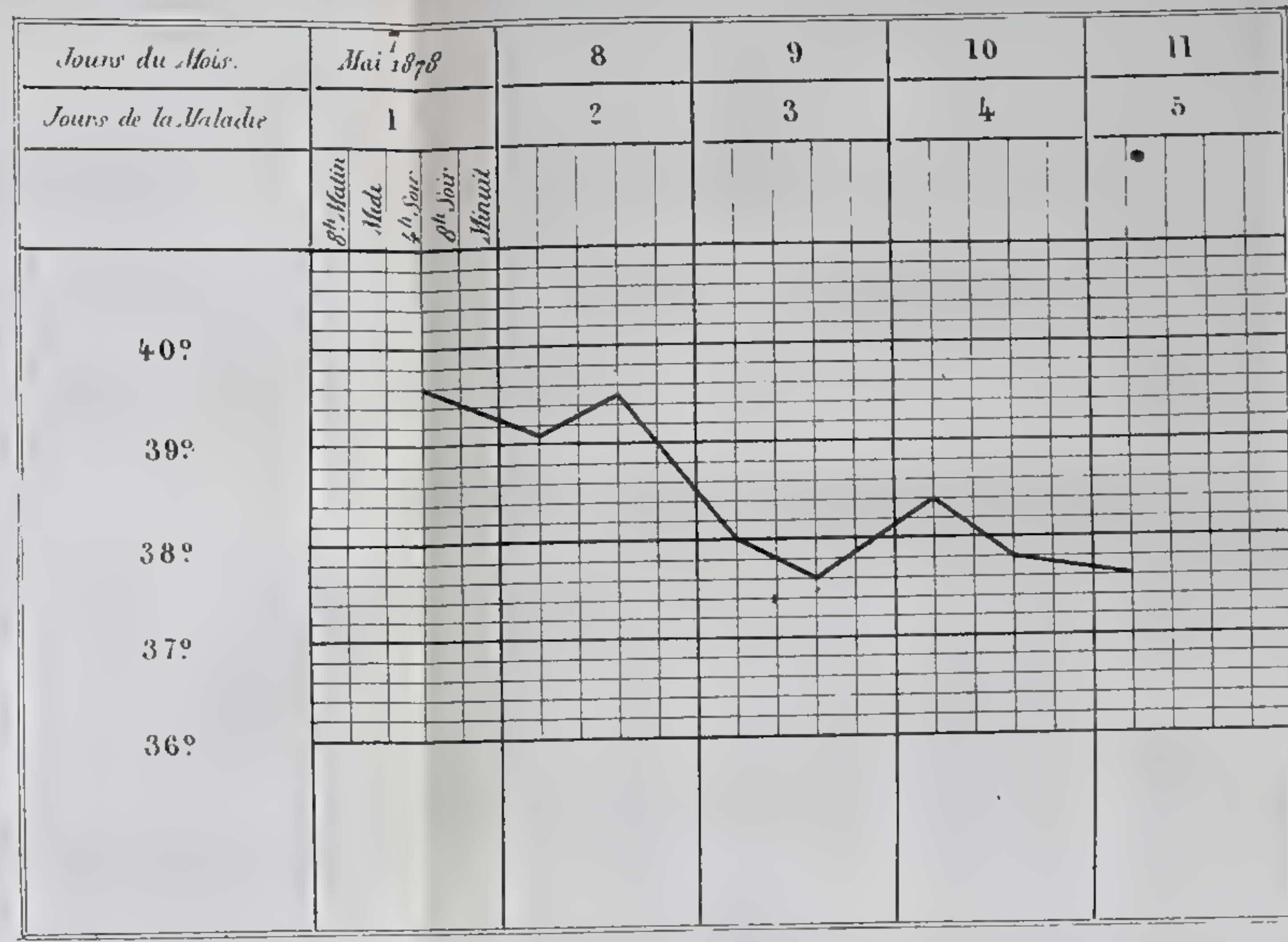
Fièvre inflammatoire au premier Degré, appelée fièvre continue (Obs. 1)



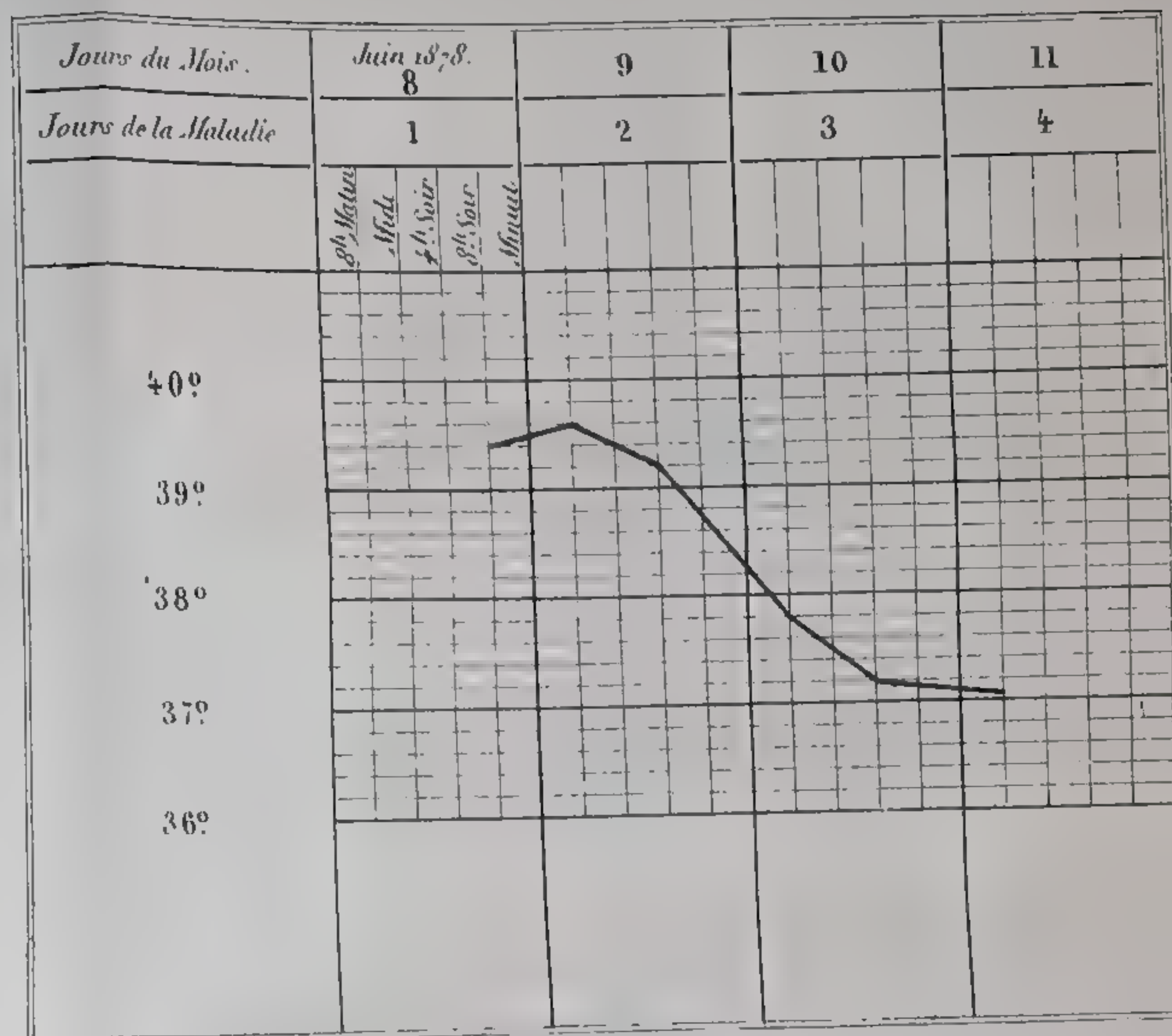

Fièvre inflammatoire au premier Degré, appelée fièvre jaune légère, en temps d'épidémie (Obs. 2)



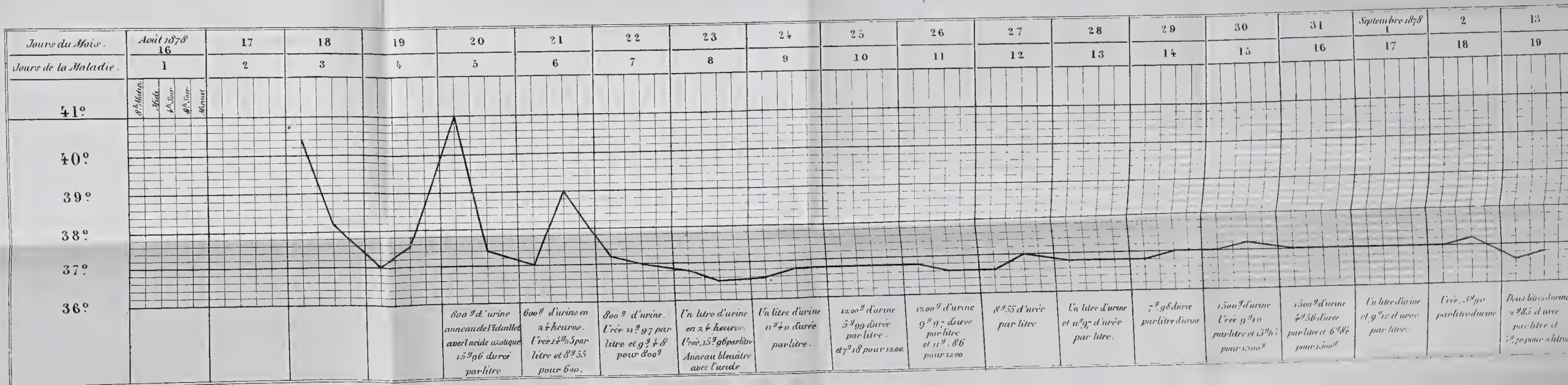

Fièvre inflammatoire au premier Degré, appelée fièvre gastrique (Obs. 3)



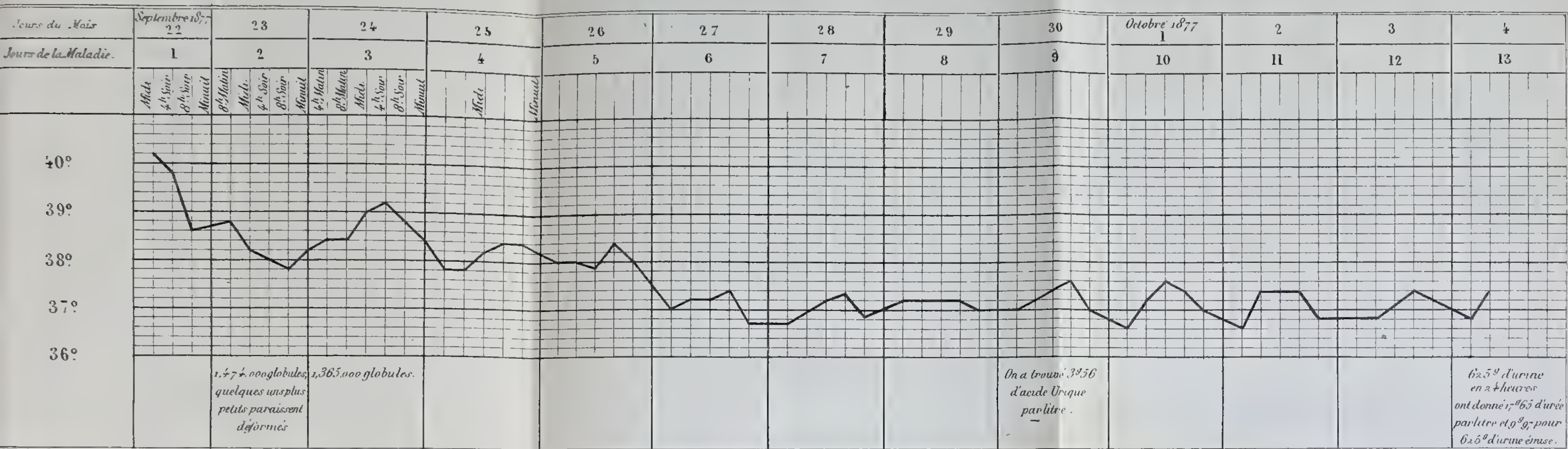

Fièvre dite gastrique (Obs. 4)



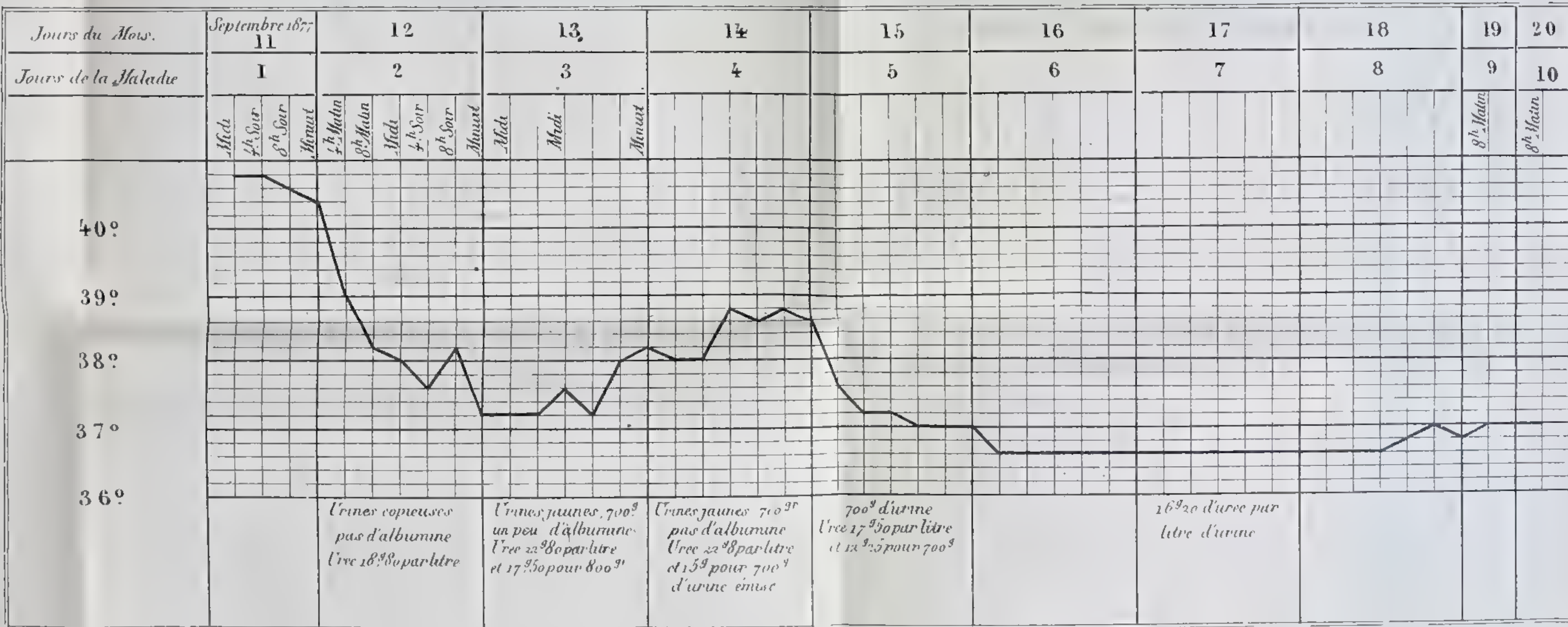

Fièvre inflammatoire au Degré léger à forme insidieuse. (Obs. 5)



Fièvre inflammatoire au second Degré de forme franche (obs. 7)




Fièvre inflammatoire de moyenne intensité. (Obs. 8.)



## Fièvre inflammatoire de moyenne intensité *(obs. 9.)*

Températures : 40°, 39°, 38°, 37°, 36°

| Jours du Mois | Jours de la Maladie | Heures | Observations |
|---|---|---|---|
| Octobre 1877 14 | 1 | 9h Matin, Midi, 4h Soir, 8h Soir | |
| 15 | 2 | 4h Matin, 8h Matin, Midi, 4h Soir | Urines très-abondantes, près de 3 litres depuis hier matin |
| 16 | 3 | 8h Matin, Midi, 4h Soir, 8h Soir | Pas d'albumine dans les urines. |
| 17 | 4 | 4h Matin, 8h Matin, Midi, 4h Soir | |
| 18 | 5 | 4h Matin, 8h Matin, Midi, 4h Soir, 8h Soir, Minuit | Un peu d'albumine dans les urines. |
| 19 | 6 | Midi, Minuit | Un peu d'albumine. |
| 20 | 7 | Midi, Minuit | Urines rouges 700 gr. un peu d'albumine colorée. Urée 27 g par litre et 20 g 30 pour 700 g |
| 21 | 8 | Midi, Minuit | Un litre d'urine. Albumine en quantité notable |
| 22 | 9 | Midi, Minuit | Urines jaunes 750 g albumine. Urée 24 g par litre et 18 g 22 pour 750 g. |
| 23 | 10 | Midi, Minuit | 500 g d'urine, albumine Urée 26 g 90 par litre et 13 g 45 pour 500 g |
| 24 | 11 | Midi, Minuit | 500 g d'urine, anneau albumineux légèrement coloré en vert Urée 21 g 62 par litre et 10 g 81 pour 500 g |
| 25 | 12 | Midi, Minuit | 500 g d'urine, albumine colorée Urée 17 g 50 par litre et 8 g 75 pour 500 g |
| 26 | 13 | Midi, Minuit | 700 g d'urine pas d'albumine. Urée 6 g 70 par litre et 4 g 69 pour 700 g. |
| 27 | 14 | Midi, Minuit | Un litre d'urine pas d'albumine. |
| 28 | 15 | 4h Matin, 8h Matin, Midi | 1500 g d'urine pas d'albumine Urée 13 g 50 par litre et 20 g 25 pour 1500 g |
| 29 | 16 | 4h Matin, 8h Matin, Midi, 4h Soir | Un litre d'urine pas d'albumine Urée 10 g 90 par litre |
| 30 | 17 | 8h Matin, 4h Soir | 2 litres d'urine 10 g 8 d'urée par litre et 21 g 60 pour 2 litres. |
| 31 | 18 | 8h Matin, 4h Soir | 1500 g d'urine |
| Novembre 1877 1 | 19 | 8h Matin, 4h Soir | Un litre d'urine |
| 2 | 20 | 8h Matin, 4h Soir | 600 g d'urine l'albumine reparait Urée 16 g 30 par litre |
| 3 | 21 | 8h Matin, 4h Soir | 1500 g d'urine l'albumine disparait de nouveau Urée 3 g 50 par litre et 5 g 25 pour 1500 |
| 4 | 22 | 8h Matin, 4h Soir | 3 g 40 d'urée par litre. |

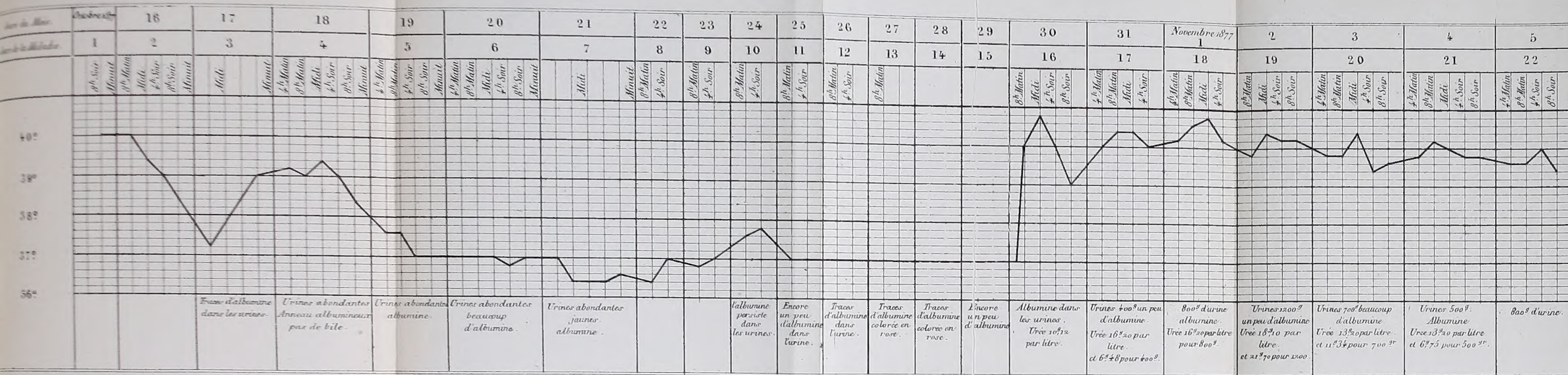
## Fièvre inflammatoire intense à forme franche *(obs 14)*

Températures : 40°, 39°, 38°, 37°, 36°

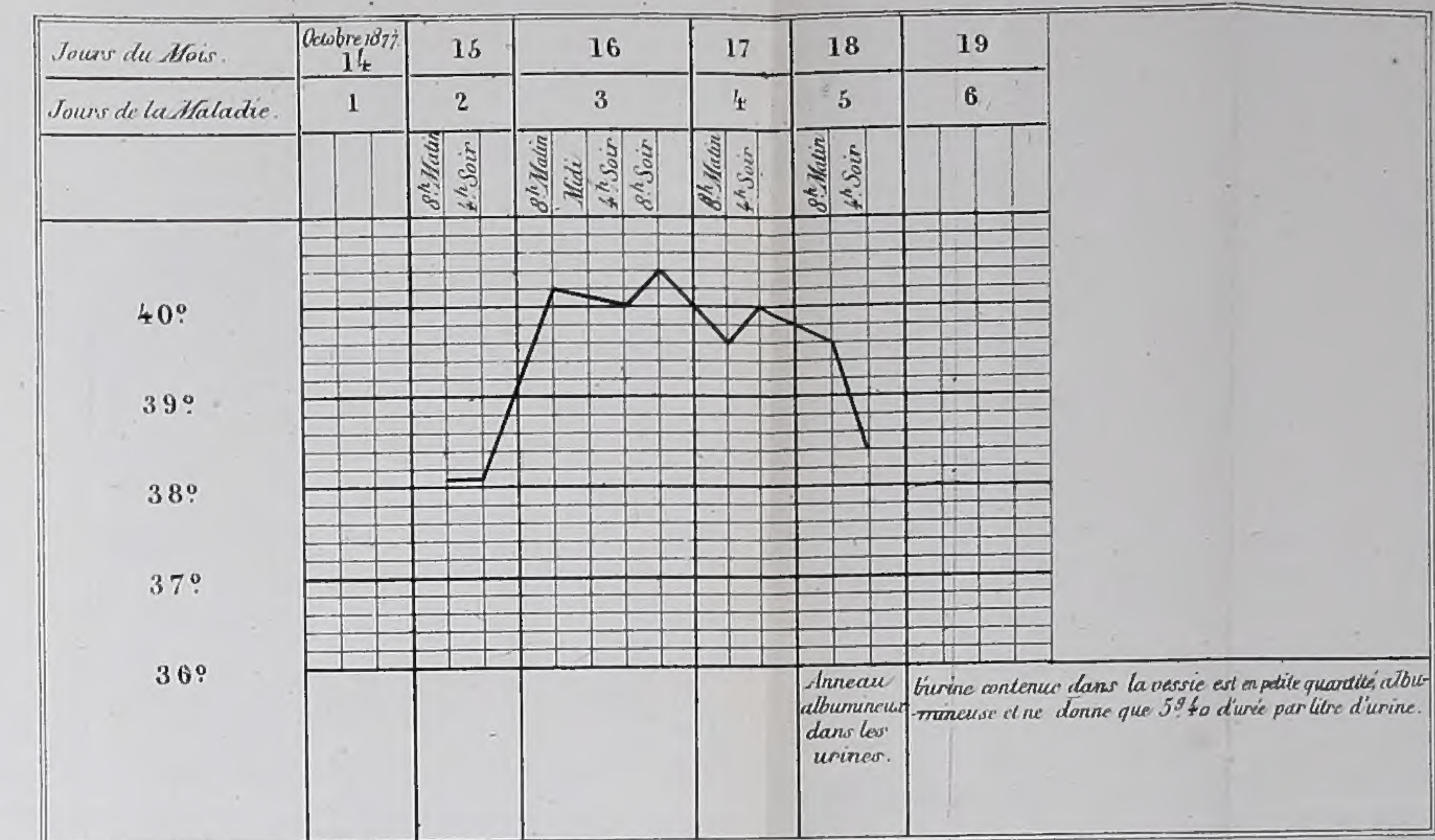
| Jours du Mois | Jours de la Maladie | Heures | Observations |
|---|---|---|---|
| Octobre 8 | 1 | | |
| 9 | 2 | 4h Matin, 8h Matin, Midi, 4h Soir, 8h Soir, Minuit | Matin - pas d'albumine Soir léger anneau albumineux |
| 10 | 3 | Midi, Minuit | Pas d'albumine |
| 11 | 4 | Midi, Minuit | Un litre d'urine Pas d'albumine |
| 12 | 5 | Midi, Minuit | Un litre d'urine Jaune-pâle ni albumine ni bile Urée 23 g par litre |
| 13 | 6 | Midi, Minuit | Un litre d'urine trouble albumineuse pas de bile Urée 28 g 23 par litre. |
| 14 | 7 | Midi, Minuit | 880 g d'urine Pas d'albumine Urée 24 g par litre et 19 g 20 pour 800 gr |
| 15 | 8 | | 800 g d'urine Pas d'albumine Urée 19 g 50 par litre et 15 g 60 pour 800 g |
| 16 | 9 | | 700 g d'urine Pas d'albumine |
| 17 | 10 | | 1500 g d'urine normale |
| 18 | 11 | | 2 litres d'urine |
| 19 | 12 | | |
| 20 | 13 | | |
| 21 | 14 | | 2 litres d'urine. |
| 22 | 15 | | Le 24 Octobre les urines émises étant de 2 litres ne contenaient que 6 g 78 par litre et le 25 12 g 90 par litre; il urinait 1500 g en 24 heures ce qui donnait 19 g 35 d'urée |
| 23 | 16 | | |
| 24 | 17 | | |
| 25 | 18 | | |

5

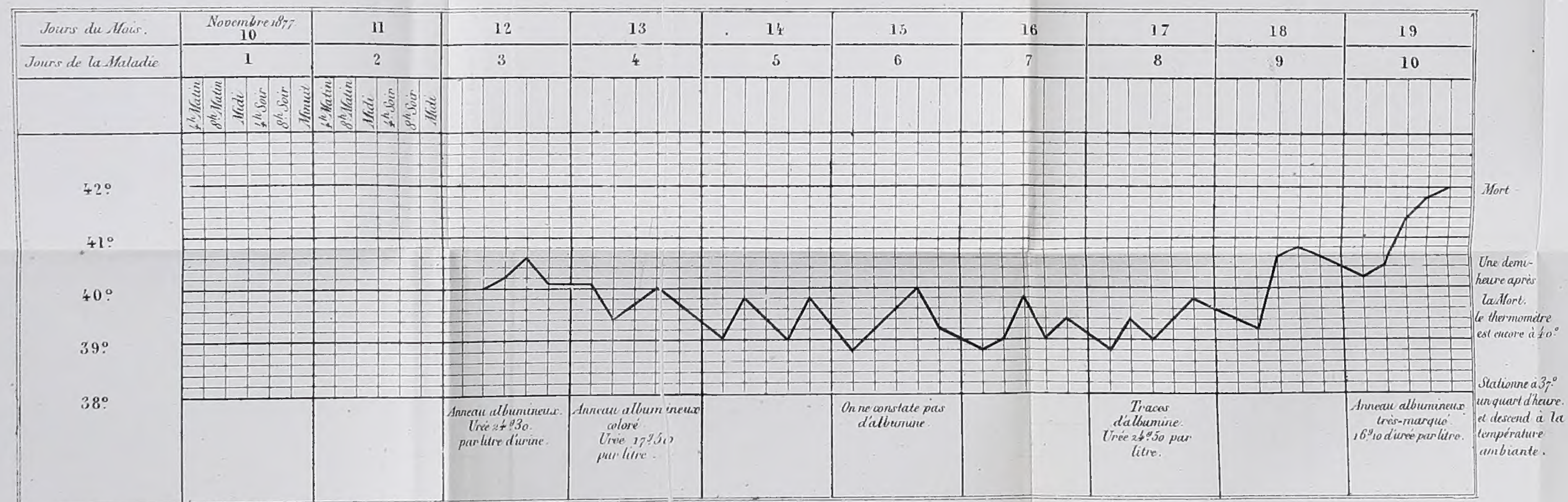
Fièvre inflammatoire compliquée de broncho-pneumonie (Obs. 25).




Fièvre inflammatoire compliquée d'œdème de la face, et de tumeurs gangréneuses dans l'estomac et l'intestin (Obs. 28)




Fièvre inflammatoire compliquée d'accidents typhoïdes. (Obs. 29.)




Fièvre inflammatoire compliquée de dysenterie gangréneuse (Obs. 30)

